

Le retour définitif à domicile des insuffisants respiratoires chroniques appareillés

A propos de 30 observations

Travail de la Clinique
des Maladies Infectieuses (Centre Paul-Sedallian) et du Service
d'Assistance Respiratoire de l'Hôpital Militaire
d'Instruction Desgenettes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Juillet 1965

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph PÉRENNEC

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 19 Avril 1938, à BREST (29)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1965

Le retour définitif à domicile des insuffisants respiratoires chroniques appareillés

A propos de 30 observations

Travail de la Clinique
des Maladies Infectieuses (Centre Paul-Sedallian) et du Service
d'Assistance Respiratoire de l'Hôpital Militaire
d'Instruction Desgenettes

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Juillet 1965

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph PÉRENNEC

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 19 Avril 1938, à BREST (29)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1965

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires	M. J. LEPINE, Membre de l'Institut. M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut.
Doyen	M. J.-F. CIER.
Assesseurs	MM. M. LEVRAT et L. REVOL.
Professeurs Honoraires :	MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON

PROFESSEURS

Clinique urologique	MM. CIBERT.	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	MM. CREYSSSEL.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Beyruth).	Clinique carcinologique ..	DARGENT.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON.	Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul.
Clinique chirurgicale B ..	WERTHEIMER.	Anatomie	LATARJET.
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT.	Pathologie chirurgicale ..	PEYCELON.
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT	Clinique médicale D	GIRARD Marcel.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Pathologie médicale	VACHON.
Chimie biologique et médicale	ENSELME.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique chirurgicale A ..	MALLET-GUY.	Radiologie	PAPILLON.
Pharmacie galénique	REVOL.	Clinique médicale infantile et hygiène du 1 ^{er} âge .	JEUNE.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Thérapeutique	GONIN.
Médecine du travail	BOURRET.	Bactériologie	MONNET.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Physiologie et pathologie obstétricales	BANSSILLON.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Physiologie B	CHATONNET.
Botanique et cryptogamie .	NETIEN.	Clinique endocrinologique .	GUINET.
Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.	Clinique de chirurgie orthopédique	TRILLAT
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND.	Clinique stomatologique .	FREIDEL.
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON.	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .	MARION
Médecine légale et déontologie	ROCHE.	Matière médicale et législation pharmaceutique .	Joseph
Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.	Histologie et embryologie .	DORCHE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phoniologie	MOUNIER-KUHN.	Chimie	DUMONT Louis.
Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.	Physiologie A	PERROT.
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .	CIER J.-F.
Clinique de pneumo-phtisiologie	BRUN.	Clinique de chirurgie cardiaque	PERRIN J.
		Clinique médicale infantile	MICHAUD Pierre
		Clinique gynécologique ..	SARROUY Ch.
		Biologie médicale et pharmacodynamie	MATHIEU.
		Clinique des maladies infectieuses	FAUCON.
		Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	X...
			X..

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Bactériologie	BERTOYE.
Neuro-chirurgie	MANSUY.
Chimie générale et pharmaceutique	COLLET.
Hygiène et climatologie	LACROIX.
Clinique chirurgicale propédeutique	LIARAS.
Neuro-chirurgie	LECUIRE.
Médecine générale	REVOL.
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD.
Pharmacie chimique et Pharmacologie	CIER André.
Médecine générale	PONT Maurice.
Médecine générale	TRAEGER.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN.
Anatomie pathologique	FEROLDI.
Physique biologique	MORET.
Botanique et cryptogamie	ODDOUX.
Chimie analytique	de SOLLIERS.
Médecine générale	DESPIERRES.
Médecine du travail	TOLOT.
Parasitologie	GARIN.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSSEL Roger.	Anesthésiologie	MM. MICHEL.
Hygiène	THIVOLET.	Pédiatrie et puériculture ..	FRANÇOIS.
Electro-radiologie	PINET.	Chirurgie générale	MICHOULIER.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT.	Dermatologie	COLOMB.
Chirurgie générale	DESCOTES.	Médecine générale	LAMBERT.
Pathologie expérimentale ..	JOUVET.	Médecine générale	FRIES.
Physique biologique	PEYRIN.	Pédiatrie	GILLY.
Anatomie pathologique ..	TOMMASI.	Médecine générale	ROBERT.
Electro-radiologie	BUFFARD.	Anatomie	BOUCHET.
Médecine générale et thé- rapeutique	LEJEUNE.	Pédiatrie	BETHENOD.
Stomatologie	de MOURGUES F.	Immunologie, sérologie, hé- matologie	GERMAIN.
Maladies infectieuses	NAUSSAC.	Pédiatrie	LARBRE.
Chirurgie générale	REBOUILLAT.	Chirurgie générale	SOUSTELLE.
Pédiatrie	ROMAGNY.	Médecine générale	VIALA.
Médecine générale	DELAHAYE.	Bactériologie, parasitologie, virologie	VINCENT.
Anesthésiologie	DELEUZE.	Pneumo-ptisiologie	KALB.
Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique	GIRAUD.	Médecine légale	COLIN.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Hématologie	MM. FAVRE-GILLY.	Hygiène	MM. RIFFAT.
Histologie et embryologie ..	GIROD.	Physiologie	FLANDROIS.
Chimie biologique	GRAS.	Bactériologie	VIALIER- RAYNARD.
Chimie analytique	MALLEIN.	Pharmacie galénique	ROLLET.

AGREGES EN EXERCICE

Ophthalmologie	MM. BONAMOUR.	Orthopédie	MM. FAYSSE.
Chirurgie générale	de MOURGUES Georges.	Oto-rhino-laryngologie ..	GAILLARD.
Médecine générale	DEVIC.	Médecine générale	GARDE.
Obstétrique	DUMONT Martial.	Ophthalmologie	HUGONNIER.
Urologie	DURAND.	Chirurgie générale	MARET.
Chirurgie générale	FRANCILLON.	Médecine générale	MORNEX.
Chirurgie générale	SAUBIER.	Médecine générale	NORMAND.
Neuro-psychiatrie	SCHOTT.	Médecine générale	PERRIN André.
Neuro-chirurgie	ALLEGRE.	Stomatologie	DUMAS.
Electro-radiologie	CHASSARD.	Obstétrique	GARMIER.
		Médecine générale	NOEL.
		Orthopédie	SCHNEPP.
		Chirurgie générale	MOUNIER-KUHN Alain.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. BERTOYE ; *Assesseurs* : MM. GARIN, SCHOTT
et KALB

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552628_0057

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON PERE ET A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA GRAND-MERE

A MA SŒUR, A MES FRERES ET BELLES-SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BERTOYE

Il nous a inspiré ce travail et il nous a accordé le grand honneur de présider notre jury de thèse.

Son enseignement clinique et bactériologique fut pour nous des plus précieux.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre respectueuse gratitude.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur agrégé J.-P. GARIN

Monsieur le Professeur agrégé B. SCHOTT

Monsieur le Professeur agrégé J.-C. KALB

Ils nous font un grand honneur en
acceptant de nous juger.

A Monsieur le Médecin Général Inspecteur BORON

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A Monsieur le Médecin Colonel GROSSETETE

Bactériologiste des Hôpitaux des Armées

*Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes
Sous-Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DES HOPITAUX CIVILS
ET DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION
DESGENETTES

A Monsieur le Médecin Colonel MAITRE

*Bactériologiste des Hôpitaux des Armées
Chef du Laboratoire de Bactériologie et du Service des Contagieux
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

Au cours de notre stage dans son service, nous avons trouvé près de lui un accueil bienveillant.

Qu'il nous permette de lui exprimer notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Médecin Commandant D. BONNET

*Bactériologiste des Hôpitaux des Armées
Adjoint au Chef du Laboratoire de Bactériologie
et du Service des Contagieux
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

Il nous a aidé et guidé avec beaucoup de discernement et de bienveillance.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueux attachement et de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Médecin Commandant M. GIROUD

*Médecin des Hôpitaux des Armées
Médecin-Chef du Centre d'Assistance Respiratoire
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

Il a bien voulu nous accueillir favorablement et nous assister de ses conseils dans l'élaboration de ce travail.

Il nous a fait bénéficier de son expérience.

Nous le remercions très respectueusement.

A MESSIEURS LES ASSISTANTS
DES HOPITAUX MILITAIRES

A Monsieur le Médecin Commandant PAYEN

A Monsieur le Médecin Capitaine J.-M. LABOUREL

Nous les remercions de nous avoir
fait profiter de leur sens clinique et
de leur enseignement.

A Monsieur le Médecin Aspirant et Madame J.-J. FLOCH

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

INTRODUCTION

Les progrès de la réanimation ont permis de sauver l'existence de nombreux malades atteints d'insuffisance respiratoire. Le cap difficile de la phase aiguë initiale franchi le sujet est conditionné et doit s'adapter à sa nouvelle vie sous assistance respiratoire. Il est en même temps soumis aux méthodes de rééducation dans lesquelles masseurs et kinésithérapeutes prennent une grande part.

Cette première phase de la maladie doit être accomplie en milieux hospitaliers hautement spécialisés et s'étend souvent sur de longs mois.

Dans un deuxième temps, le malade, toujours porteur d'une canule de trachéotomie et lié partiellement ou totalement à son appareil de respiration assistée, envisage et souhaite son retour à domicile.

Un tel retour, jugé longtemps comme difficile, voire impossible a cependant été tenté et réalisé dans des circonstances satisfaisantes, chez des malades du Service des Maladies Infectieuses de l'Hôpital de la Croix-Rousse et du Centre d'Assistance Respiratoire de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes à Lyon.

M. le Professeur Bertoye, à la suite de cette expérience, a jugé bon d'étudier les conditions de vie de ces anciens malades vivant à domicile, et a bien voulu nous faire l'honneur de nous confier ce travail.

Cette étude porte sur trente malades répartis entre l'hôpital de la Croix-Rousse (service du Professeur Bertoye) et l'hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes (service du Médecin Commandant Giroud). Tous ont subi une trachéotomie et la plupart sont encore sous ventilation assistée.

Trente observations sont présentées : tous les malades ont regagné leur domicile définitivement. Trois ont quitté les centres d'Assistance Respiratoire avec trachéotomie et canule permanente ; depuis ils ont subi une décanulation mais nous les avons inclus dans notre étude car ils ont commencé à vivre à domicile dans des conditions identiques aux précédentes.

Notre travail est basé sur :

1° les observations relevées dans les Centres d'Assistance Respiratoire,

2° les réponses des malades à un questionnaire que nous leur avons adressé.

Ces deux éléments essentiels présentent toutefois quelques inconvénients :

D'une part la longue durée des hospitalisations rend difficile le résumé détaillé de tous les faits, qui ont illustré l'histoire de chacun d'eux.

D'autre part les réponses des malades manquent souvent d'objectivité, bien qu'elles présentent parfois l'avantage d'une grande sincérité.

PLAN D'ETUDE

I. — Dans un premier chapitre

nous exposerons succinctement les diverses observations de nos malades comprenant :

- l'histoire de la maladie,
- le bilan général au départ de l'hôpital,
- l'état de santé actuel

en insistant sur l'aspect respiratoire.

II. — Dans un second chapitre

nous chercherons par l'étude des observations à dégager les difficultés purement médicales qui sont rencontrées et les moyens de surveillance dont dispose le patient.

III. — Dans un troisième chapitre

nous nous consacrons à l'étude des appareils de respiration assistée utilisés ; mais si nous nous contentons d'énumérer chacun d'eux sans fournir de détails techniques à leur sujet, nous essaierons plutôt de dégager les difficultés soulevées pour les malades par leur emploi à domicile, en même temps que nous préciserons les moyens d'obtenir ces prothèses, de les entretenir et de faire face aux dépenses qu'elles entraînent.

IV. — Dans un quatrième chapitre

nous tenterons d'imaginer le malade vivant dans son cadre social, d'analyser les bienfaits qu'il en a reçus mais aussi les ennuis qui peuvent en découler.

V. — Les constatations faites au cours de cet exposé devraient nous permettre de dégager :

les modalités principales conditionnant le retour à domicile de ces insuffisants respiratoires chroniques appareillés et d'établir le bilan de cette expérience.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

CAS N° 1. — Yves B..., né à Perpignan, le 31-10-1931.

Histoire de la maladie :

23-11-1960 : début d'une PAA type I à Grenoble.

26-11-1960 : hospitalisation à l'hôpital de Grenoble, évacuation le jour même sur Lyon (hôpital de la Croix-Rousse, où en raison des troubles respiratoires, il est pratiqué une trachéotomie plus une ventilation assistée :

— Complications durant son hospitalisation :

Présence de germes pathogènes dans les sécrétions bronchiques (1960) et dans les urines (1961) ;

Syndrome grippal le 18-11-1961 ;

Lithiase urinaire gauche, coliques néphrétiques les 27 et 28-12-1961 et le 13-1-1962 (traitement khelline) ;

Le 29-12-1961 la radiographie montre un calcul au niveau du tiers inférieur de la 4^e lombaire.

— Traitement durant son hospitalisation :

- Médical : antibiotiques anabolisants + diurétiques ;

- Kinésithérapique : lever en cadre (1-11-1962), massages.

Après 1 an et 7 mois de maladie à l'hôpital, départ définitif, le 1-6-1962 après un bilan :

— Périphérique : quadriplégie avec atteinte prédominante aux M.S.

— Respiratoire : ventilation artificielle 24 heures par jour.

- Gaz du sang :

pH : 7,39,

RA : 41,2,

pCO₂ : 31.

— Cardiovasculaire : TA : 13 ; BdC : normaux ; ECG : axe vertical.

Après 2 ans et 10 mois à domicile, du point de vue :

- Périphérique : pas de changement.
- Respiratoire : ventilation assistée 24 h. par jour ;
 - Aspirations deux fois par jour.
- Traitement : Rufol par intermittence.
- Surveillance médicale :
 - Médecin de famille venant régulièrement ;
 - Infirmière : 1 h. 1/2 par mois pour assurer une garde en l'absence de la famille ;
 - Kinésithérapeute : cinq fois par semaine.

Depuis son retour à domicile, le malade a constaté une amélioration :

« Plus aucune angoisse, moins de crises de coliques néphrétiques. »

CAS N° 2. — Monique B..., institutrice née le 9-1-1932.

Histoire de la maladie :

11-9-1959 : après une baignade début d'une PAA (type I), par une angine et un syndrome méningé, puis des paralysies à Pont-de-Poitte (Jura).

12-9-1959 : hospitalisation à Lons-le-Saunier.

15-9-1959 : évacuation vers Lyon (Hôpital de la Croix-Rousse), quadriplégie totale avec cyanose et troubles respiratoires nécessitant trachéotomie et ventilation assistée.

— Complications durant son séjour à l'hôpital :

Infection des sécrétions bronchiques,

Infection urinaire.

— Retours temporaires :

du 2 au 14-9-1961,

du 1^{er} au 5-11-1961,

du 21-12-1961 au 3-1-1962,

du 15 au 18-11-1962,

du 12-4-1962 au 1-5-1962,

du 1^{er} au 16-9-1962,

du 20-10-1962 au 4-11-1962,

du 23-11-1962 au 6-1-1963,

du 31-3-1963 au 21-4-1963,

du 3 au 16-9-1963.

Après 4 ans de maladies à l'hôpital, départ définitif le 13-10-1963 après bilan :

— Périphérique : quadriplégie complète. Seuls persistent quelques mouvements des M.I.

— Respiratoire : ventilation assistée 7 heures par jour, canule bouchée par intermittence.

- Digraphies :

Mobilité diaphragmatique nulle à D, 1 cm à gauche.

- Gaz du sang :

pH : 7,33,

RA : 54,

pCO₂ : 46.

- Spirométrie : amputation de la CV avec un très minime VER.

— Cardiovasculaire : TA : 12 ; BdC : normaux ; ECG : axe droit.

— Poids : 34 kg.

Après 18 mois à domicile, du point de vue :

— Périphérique : pas de changement.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée 8 heures par jour ;

- Aspirations 12 fois par jour ;

- Canule bouchée quelques heures par jour.

— Maladies depuis son retour :

- Une dilatation gastrique.

— Surveillance médicale :

- Médecin de famille visitant tous les trois mois, vérifiant pouls, poids, TA.

- Infirmière : trois jours par semaine.

- Kinésithérapeute : trois jours par semaine.

Depuis son retour la malade a constaté une amélioration :

« Endurance ; meilleur moral ».

CAS N° 3, Joseph F..., menuisier industriel, né le 7-5-1920.

Histoire de la maladie.

1^{er} juin 1959 : début d'une PAA.

9 juin 1959 : hospitalisation à Lyon (Croix-Rousse) après

transit à l'hôpital de Bellevue (St-Etienne). A l'entrée, paralysie des muscles du M.S.D. et du thorax ; insuffisance respiratoire nécessitant une trachéotomie et une ventilation assistée.

— Complications durant son séjour à l'hôpital :

Présence de germes pathogènes dans les urines ;

Coliques néphrétiques G en septembre 1960 et le 10-10-1961.

— Retours temporaires à domicile :

18 au 25-7-1961,

14-10-1961 au 28-11-1961.

Après plus de 2 ans 1/2 de maladie à l'hôpital, départ définitif le 29-3-1962 après bilan :

— Périphérique : abolition des réflexes tricipitaux ; réflexes rotulien et achilien obtenus, marche possible.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée 7 heures par jour ;

- Canule bouchée sauf la nuit ;

- Digraphie : mouvement diaphragmatique :

à D. : 10 cm debout, 4 cm couché, 2,8 cm Trendelenbourg ;

à G. : 4 cm debout, 2,5 cm couché, 1,5 cm Trendelenbourg ;

- Gaz du sang :

pH : 7,41,

RA : 47,

pCO₂ : 39.

- Spirométrie :

CV : 2130 ; CVT : 4010 ; CV/CVT : 53 %.

VC : 660 ; Tiffeneau : 88 %.

— Cardiovasculaire : TA : 12,5 ; BdC : normaux ; ECG : normal.

Après 3 ans à domicile, du point de vue :

— Périphérique : légère amélioration.

— Respiratoire : ventilation assistée 8 heures par jour.

Pas d'aspiration.

Canule non bouchée.

— Maladies depuis son retour : syndromes grippaux.

— Surveillance médicale :

- Médecin de famille : 3 fois par an ; vérifie le poids, la T.A., le pouls.
- Kinésithérapeute 2 fois par semaine.

Depuis son retour, le malade a constaté quelques légers progrès.

CAS N° 4. — Francis S..., né le 22-10-1920.

Antécédents.

- 1940 : tuberculose pulmonaire traitée par pneumothorax.
- 1941 : ictère infectieux.
- 1945 : pleurésie hémorragique droite : décortication.
- 1956 : atélectasie : lobectomie du lobe supérieur D et du lobe moyen droit. Stabilisation de la tuberculose pulmonaire.

Histoire de la maladie.

6-7-1958 : début d'une PAA type I.

10-7-1958 : évacuation sur Lyon (Hôpital de la Croix-Rousse) en raison d'une insuffisance respiratoire, une trachéotomie est pratiquée avec mise sous ventilation assistée.

— Complications durant son hospitalisation :

- Surinfection au niveau de la trachée, 7-9-1958 ;
- Germes pathogènes dans les urines, 20-8-1958 ;
- Coliques néphrétiques en mai et juillet 1959 ;
- Découverte d'une subluxation de la tête humérale (fracture ancienne) le 10-4-1961.

— Retours temporaires :

- 23-12-1959 à janvier 1960 ;
- 28-5-1960 au 7-6-1960 ;
- 20-12-1961 au 5-1-1962.

Après 4 ans de maladie à l'hôpital, retour définitif le 29-8-1962 après bilan :

— Périphérique : seuls les membres supérieurs ont repris une activité motrice réduite.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée 14 heures par jour ;
- Canule non bouchée ;
- Toux nulle.
- Digraphies :
Jeu diaphragmatique $\pm$ 1 cm.

- Gaz du sang :
 - pH : 7,45 ;
 - RA : 51 ;
 - pCO₂ : 34.
- Spirométrie : CV : 1000.
- Recherche de BK : négative.
- Rénal : radiographie de la région lombaire : pas de calculs.
- Cardiovasculaire : R.A.S.

Après 2 ans et 10 mois à domicile, du point de vue :

- Respiratoire :
 - Ventilation assistée 11 heures par jour ;
 - Aspiration toutes les heures ;
 - Canule non bouchée.
- Surveillance médicale :
 - Kinésithérapeute cinq fois par semaine ;
 - Médecin, infirmière quelquefois.

Le malade a constaté comme amélioration « une meilleure mobilité des avant-bras et une meilleure autonomie respiratoire ».

CAS N° 5. — Georges T..., né le 9 avril 1941.

Histoire de la maladie.

Le 24-7-1961 : début d'une PAA par un syndrome méningé aigu à polynucléaires. Hospitalisation à l'hôpital de Valence (Drôme).

Le 27-7-1961 : évacuation vers l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes en raison de l'extension rapide des paralysies avec paraplégie et insuffisance respiratoire.

- Complications durant son hospitalisation :
 - Corps étranger bronchique D (août 1961) ;
 - Orchépididymite (23 août 1961) ;
 - Staphylocoques pathogènes dans les sécrétions bronchiques.

Après 2 ans et 10 mois de maladie à l'hôpital, le 9-5-1964 le malade quitte le service de l'HMI Desgenettes pour un essai à domicile après un dernier bilan :

- Périphérique : quadriplégie presque complète avec conservation au MS gauche de trois muscles (biceps, long et court supinateurs). Le malade étant dans la troisième année de maladie il faut abandonner tout espoir de récupération.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée 17 heures par jour ;
- Canule trachéale non bouchée ;
- Digraphie : mobilité diaphragmatique minime.

- Gaz du sang (31-3-1964) :

pH : 7,43 ;
RA : 20,7 V ;
pCO₂ : 31 mm Hg.

- Spirométrie (3-12-1963) :

VC : 360 ; CV : 570 ; CV/CVT : 12 %.

— Cardiovasculaire : TA : 12/7 ; BdC : normaux ; ECG : (30-11-1963) rotation antihoraire ; HVD : sans surcharge.

— Poids : 54 kg.

Après 1 mois d'essai à domicile :

Etat stationnaire. Retour définitif en mai 1964 avec un appareil Vincent Jandot.

Après 1 an à domicile, du point de vue :

— Périphérique : situation stationnaire.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée 14 heures par jour ;
- Aspirations variables ;
- Canule non bouchée.

— Traitement : anti infectieux.

— Surveillance médicale :

- Médecin de famille deux fois par mois, vérifiant poids, pouls, TA.
- Infirmière régulièrement.
- Kinésithérapeute trois fois par semaine.

Depuis son retour, le malade a constaté une « amélioration musculaire et respiratoire ».

CAS N° 6. — Marcel M..., né le 21-5-1941.

Histoire de la maladie.

17-4-1962 : Il est amené à l'infirmerie d'El-Milia après un traumatisme de la colonne cervicale en plongeant dans l'oued Kébir.

18-4-1962 : Evacuation sur l'hôpital militaire Maillot (Alger) après avoir été en transit à l'hôpital militaire Laveran (Constantine). Il a une fracture de la 5^e cervicale avec déplacement. Section médullaire probable entraînant une quadriplégie presque complète et une paralysie des muscles respiratoires nécessitant trachéotomie et ventilation assistée.

22-5-1962 : Evacuation au CAR de l'HMI Desgenettes.

— Complications durant son hospitalisation :

- Infection urinaire chronique ;
- Collapsus cardio-vasculaire, 19-8-1963 ;
- Comitialité post-traumatique.

Après 2 ans et 5 mois de maladie à l'hôpital, retour à domicile après bilan le 16-9-1964 :

— Périphérique :

M.S. motricité volontaire abolie (sauf des deux trapèzes) ;
anesthésie complète (sauf des deux circonflexes) ;
amyotrophie symétrique, mobilisation non douloureuse.
M.I. paraplégie flasque complète avec anesthésie totale.
Tronc : anesthésie superficielle et profonde remontant à la ligne mamelonnaire de façon symétrique. Anesthésie thermique remontant au niveau de la 3^e côte.
Tête et thorax : normaux.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée 8 heures par jour ;
- Canule non bouchée ;
- Digraphie (12-8-1963) :
Couché : 2 cm pour le diaphragme droit, 5 cm pour le gauche ;
Debout et en position Trendelenbourg : mobilité : 0.
- Gaz du sang (14-5-1964) :
pH : 7,35 ;
pCO₂ : 32 ;
RA : 41,18 V.
- Spirométrie (13-5-1963) :
VC : 540 ; CV : L 230 ; CV/CVT : 27 %.
Tiffeneau : 82,6 %.
Insuffisance ventilatoire restrictive de 70 %.

— Cardiovasculaire : TA : 14/9 ; BdC : normaux ; ECG : à la limite de HVG.

— Poids : 45,2 kg.

— Traitement kinésithérapique : lever deux après-midi sur sept en fauteuil ; deux bains par semaine.
Son état est considéré comme absolument fixé.

Après 8 mois à domicile, du point de vue :

- Périphérique : pas de récupération.
- Respiratoire :
 - Ventilation assistée 11 heures par jour ;
 - Aspirations fréquentes ;
 - Canule bouchée par intermittence.
- Traitement : antiépileptiques et antiinfectieux.
- Maladies depuis son retour : R.A.S.
- Surveillance médicale :
 - Médecin de famille deux fois par semaine (pouls, T.A., examens biologiques) ;
 - Infirmière tous les jours ;
 - Kinésithérapeute trois fois par semaine.

Constatation par le malade : « Amélioration morale ».

CAS N° 7. — Georgette F..., née V..., à Vienne en 1927.

Histoire de la maladie.

17-8-1959 : début d'une PAA de type I.

19-8-1959 : hospitalisation pour un syndrome méningé et des paralysies extensives. En raison des troubles respiratoires une trachéotomie et une ventilation assistée sont nécessaires.

1-6-1965 : quitte le service pour rejoindre son foyer.

— Complications durant son hospitalisation :

- Présence de germes pathogènes dans les sécrétions bronchiques et les urines ;

- Encombrement donnant une atelectasie transitoire du lobe inférieur gauche et une réaction pleurale à droite, du 21-9-1959 au 27-10-1959 ;

— Syndrome grippal le 14-11-1963.

— Retours temporaires du :

16-9-1961 au 1-10-1961,
20-12-1961 au 10-1-1962,
12-4-1962 au 15-5-1962,
6-8-1962 au 11-9-1962,
1-12-1962 au 11-1-1963,
30-3-1963 au 6-5-1963,

Après 4 ans de maladie à l'hôpital, retour définitif le 1-6-1963 après un bilan.

— Périphérique : quadriplégie prédominant aux membres supérieurs.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée 8 heures par jour ;
- Canule non bouchée ;
- Digraphie : bons intercostaux ; mouvements diaphragmatique : 2 cm à gauche.

- Gaz du sang :

pH : 7,31 ;
RA : 40 V ;
pCO₂ : 44 mm Hg.

- Spirométrie :

CV : 450 ; CVT : 2960 ; CV/CVT : 15 % ; VC : 270 ;
Tiffeneau : 74 %

Donc insuffisance respiratoire par amputation (avec réserves ventilatoires pratiquement nulles).

— Cardiovasculaire : TA : 12,5 ; Bdc : normaux ; ECG : normal par HVD.

— Poids : 52 kg ; taille : 1,67 m.

Après 1 an et 10 mois à domicile, du point de vue :

— Périphérique : pas d'amélioration.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée 8 heures par jour ;
- Aspirations fréquentes ;
- Canule non bouchée.

— Maladie depuis son retour : syndrome grippal.

— Surveillance médicale :

- Médecin de famille régulièrement ;
- Kinésithérapeute deux fois par semaine.

La malade a remarqué depuis son retour une amélioration de son « état général ».

CAS N° 8. — Marcel B..., née le 14-7-1941.

Histoire de la maladie.

18-9-1961 : début par des céphalées et vomissements ; température 40°.

19 et 20-9-1961 : syndrome méningé constaté à Blida.

21-9-1961 : évacuation sur l'H.M.I. Maillot (Alger) pour PAA avec quadriplégie complète et paralysie complète des muscles respiratoires. Trachéotomie. Antibiotiques. Tranquillisants.

25-10-1961 : évacuation sur l'HMI Desgenettes.

— Complications : infection urinaire et sécrétions bronchiques surinfectées.

Après 2 ans de maladie à l'hôpital, le malade quitte l'hôpital le 21-9-1963 après bilan :

— Périphérique : quadriplégie à prédominance paraplégique.

Respiratoire :

- Ventilation assistée 10 heures par jour ;

- Canule non bouchée ;

- Digraphies (13-9-1963) : mobilité diaphragmatique : debout 2 cm à G., 4 cm à droite ; couché 6 cm à G, 9 cm à D. ; en position Trendelenbourg 4 cm à G, 9 cm à D.

- Gaz du sang artériel (13-9-1963) :

pH : 7,44 ;

RA : 26,2 ;

pCO₂ : 38,5.

- Spirométrie (19-9-1963) :

CVT : 4650 ; CV : 2580 ; CV/CVT : 55 % ; VC : 1050 ;

Tiffeneau : 65 %.

Signes de dyskinésie trachéobronchique.

— Cardiovasculaire : TA : 13/7 ; BdC : RAS ; ECG : (14-3-1962) BBD + HVG.

— Poids : 55,5 kg.

Le malade a quitté le service sur sa demande, sans retour temporaire préalable.

Après 1 an et 6 mois à domicile, la situation du malade est du point de vue :

— Périphérique : pas de récupération.

— Respiratoire :

- Canule non bouchée ;

- Ventilation assistée 6 heures par jour ;

- Aspiration une fois par jour.

— Surveillance médicale :

- Un médecin vient le voir tous les mois et vérifie le pouls, la T.A. et pratique des examens biologiques avec recherche du pH.
- Une infirmière vient le voir six fois par semaine (toilette, pansements et changement de canule) ;
- Un kinésithérapeute vient cinq fois par semaine et axe sa rééducation sur les membres et le diaphragme.

— Traitement : prophylaxie des infections pulmonaires.

Le malade remarque une « amélioration morale ».

CAS n° 9. — Andrée G..., née le 17-6-1935.

Histoire de la maladie.

19-8-1962 : début d'une PAA.

23-8-1962 : hospitalisation à l'hôpital du Creusot. Découverte dans le LCR de cocci gram négatif.

25-8-1962 : évacuation sur Lyon (Croix-Rousse) pour parésie du M.S. et troubles de la déglutition qui imposent une trachéotomie et une ventilation assistée.

20-12-1964 : retour définitif.

— Complications durant son hospitalisation :

- Présence de germes pathogènes dans les urines (1963-1964) et dans les sécrétions bronchiques (1962).
- Lithiase urinaire ;
- Coliques néphrétiques 10-4-1963 (expulsion d'un calcul), 4-5-1963 et 11-6-1963.
- Découverte radiologique d'un calcul du bassin droit (20-12-1963 et 6-10-1964).
- Pyélotomie droite (6-11-1964).

— Retours temporaires :

- du 29-6- au 31-7-1963,
- du 1-11 au 16-12-1963.

Après 2 ans et 4 mois de maladie, retour définitif le 20-12-1964 après un bilan :

- Périphérique : atteinte sévère des muscles du cou, des deux ceintures scapulaires et du bras gauche avec gêne dans l'utilisation de la main gauche. Il persiste des limitations des articulations scapulo humérales.

- Respiratoire :
 - Ventilation assistée 4 à 6 heures par jour ;
 - Canule non bouchée.
 - Digraphie :
Mouvement diaphragmatique droit : moyen, gauche : très faible.
 - Gaz du sang :
pH : 7,38.
 - Spirométrie :
VC : 330 ; CV : 990 ; CVT : 3220 ; CV/CVT : 30 % ;
Tiffeneau : 47 % ; réduction du VIR.
- Cardiovasculaire : TA : 12 ; BdC : normaux ; ECG ; BBD dans HVD.
- Rénal : lithiase D.
- Radiologique : déminéralisation importante du squelette lithiase urinaire D.
- O.R.L. : paralysie des muscles dilatateurs du larynx.
- Traitement orthopédique :
Au cou : col rigide ou collant plastique pour les sorties, appareil permettant la mobilité du cou et comprenant une couronne mentonnière maintenue par des élastiques.

Après 5 mois à domicile, du point de vue :

- Périphérique : pas de changement.
- Respiratoire :
 - Ventilation assistée 7 heures par jour ;
 - Aspirations 5 fois par jour ;
 - Canule non bouchée.
- Surveillance médicale :
 - Médecin de famille : vérifie poids, pouls et T.A.
 - Kinésithérapeute : deux fois par semaine.

La malade a constaté une « augmentation de poids ».

CAS N° 10. — Raphaël A..., né le 17-6-1953.

Histoire de la maladie.

1956 : crises convulsives.
28-2-1959 : début d'une PAA à virus type I à Majorque.
1-3-1959 : début des paralysies.
2-3-1959 : début des troubles respiratoires.

3-3-1959 : évacuation sur Lyon (hôpital de la Croix-Rousse), pour paraplégie flasque avec insuffisance respiratoire qui nécessite aussitôt trachéotomie et ventilation assistée.

- Complications durant son hospitalisation :
 - Surinfection des sécrétions bronchiques ;
 - 25-4-1959 : rhinopharyngite avec atelectasie du lobe supérieur D ;
 - 31-7-1959 : tachycardie et cœur de volume limite (traitement tonicardiaque).
 - 29-9-1959 : trachéo bronchite avec atelectasie du lobe sup. D.
 - 21-11-1960 et 30-3-1960 : atelectasie du lobe supérieur droit.
- Retour temporaire : dix jours chez lui à l'essai, du 17-9-1960 au 27-9-1960.

Après 18 mois de maladie à l'hôpital, retour définitif à domicile le 29-9-1961 après un bilan :

- Périphérique : quadriplégie totale.
- Respiratoire :
 - Ventilation assistée 14 à 16 heures par jour ;
 - Canule non bouchée ;
 - Gaz du sang :
 - pH : 7,34 ;
 - RA : 52 V ;
 - pCO₂ : 44.
- Cardiovasculaire : TA : 11,5 ; BdC : RAS.

Après 4 ans 1/2 à domicile, du point de vue :

- Périphérique : sans changement.
- Respiratoire : Ventilation assistée 8 heures par jour.
- Surveillance médicale :
 - Infirmière en permanence ;
 - Consultations à l'hôpital de la Croix-Rousse ;
 - Kinésithérapeute à domicile.

Il n'a pas été constaté de modification à son état de santé.

CAS N° 11. — Yvonne S..., née en 1927.

Histoire de la maladie.

Novembre 1960 : début d'une PAA.

— Retours temporaires du :

1-6- au 29-6-1963,
31-8 au 30-9-1963,
16-5 au 13-7-1963.

Après 4 ans de maladie à l'hôpital, retour définitif en septembre 1964 après bilan :

- Périphérique : quadriplégie importante.
- Respiratoire :
 - Canule permanente ;
 - Ventilation assistée 16 heures par jour.

Après 8 mois à domicile, du point de vue :

- Périphérique : pas de changement.
- Respiratoire :
 - Canule permanente ;
 - Ventilation assistée 8 à 12 heures par jour ;
 - Aspirations deux fois par jour.
- Surveillance médicale :
 - Médecin de famille : vient tous les mois, vérifie pouls, T.A., poids ;
 - Kinésithérapeute doit venir prochainement.
- N'a pas eu de maladie depuis son retour.

La malade a constaté une amélioration « morale et respiratoire ».

CAS N° 12. — Marie-Louise C..., née le 30-11-1930.

Histoire de la maladie.

11-8-1959 : début d'une PAA chez une femme enceinte de huit mois.

12-8-1959 : hospitalisation à l'hôpital cantonal de Genève pour paraplégie et insuffisance respiratoire nécessitant trachéotomie et ventilation assistée.

15-8-1959 : accouchement d'un garçon de 2,650 kg (présentation par le siège) mais il s'installe alors une quadriplégie.

29-9-1960 : évacuation sur Lyon (hôpital de la Croix-Rousse).

- Complications durant son séjour à l'hôpital : infection urinaire chronique.
- Retour temporaire : séjour de 2 mois 1/2 dans son foyer du 1-7 au 27-9-1962.

Après 4 ans de maladie à l'hôpital, retour définitif à domicile, le 7-6-1963 après bilan :

- Périphérique : quadriplégie presque totale.
- Respiratoire :
 - Ventilation assistée 12 à 16 heures par jour ;
 - Canule non bouchée ;
 - Digraphie : mobilité diaphragmatique nulle à gauche, 1 cm à droite.
 - Gaz du sang :
pH : 7,31.
(Pas d'autres examens en raison de la difficulté de ponction veineuse).
- Cardiovasculaire : TA : 13 ; BdC : normaux ; ECG : HVD.

Après 1 an et 10 mois à domicile, du point de vue :

- Périphérique : pas d'amélioration.
- Respiratoire :
 - Ventilation assistée variable ;
 - Aspirations trois fois par jour ;
 - Canule non bouchée.
- Traitement : hépatoprotecteurs.
- Surveillance médicale :
 - Médecin de famille : vient tous les mois. Vérifie pouls, T.A., pH, fait des examens biologiques.
 - Kinésithérapeute : quatre fois par semaine.

La malade n'a pas constaté d'amélioration à son état.

CAS N° 13. — Jean L..., né le 14 juin 1937.

Histoire de la maladie.

Septembre 1960 : début d'une PAA à Rochefort/mer.

Du 2-9 au 28-9-1960 : hospitalisation à Bordeaux (Service du Professeur Castaing) en raison du caractère ascendant des manifestations paralytiques (type syndrome de Landry) et de l'association de troubles respiratoires : quadriplégie presque complète avec quelques contractions de l'avant-bras droit.

Troubles traités par trachéotomie et ventilation assistée le 2-9-1960. Autonomie 12 heures par jour.

28-12-1960 : évacuation sur l'hôpital de la Croix-Rousse à Lyon, puis à l'hôpital M.I. Desgenettes.

— Complications au cours de son hospitalisation : crises d'asthmes les 18-7 et 6-8-1962.

— Retour temporaire à titre d'essai le 25-9-1962 pour quelques jours. L'essai étant concluant, le malade demande à ne pas être réhospitalisé.

Après 2 ans de maladie à l'hôpital, retour à domicile le 25-9-1962 après bilan :

— Périphérique : quadriplégie sans rétraction ni ankylose, avec quelques mouvements au niveau de la main.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée 8 heures par jour ;
- Canule trachéale non bouchée ;
- Digraphies : (21-3-1962) mobilité diaphragmatique faible.

- Gaz du sang (17-8-1962) :

pH : 7,34 ;

RA : 56 ;

pCO₂ : 54 mm Hg.

- Spirométrie (28-3-1962) :

VC : 450 ; CV : 690 ; CVT : 455 ; CV/CVT : 15 %.

En conclusion : hyperventilation de repos ; CV s'inscrivant tout juste au-dessus du VC, interdisant toutes les autres épreuves.

— Cardiovasculaire : TA : 12/7 ; : Bdc normaux ; ECG : (14-3-1962) subnormal avec BBD.

— Poids : 75 kg.

Réhospitalisation du 6 au 22-5-1963 pour :

Embolie pulmonaire consécutive à une phlébite du MID (mollet avec confirmation radiologique et par ECG. Processus stabilisé en sortant de l'hôpital.

Après 2 ans et 7 mois à domicile, du point de vue :

— Périphérique : quadriplégie presque totale. Seul persiste le mouvement de prosupination du M.S.D.

— Respiratoire :

- Canule bouchée 3 heures par jour ;
- Ventilation assistée 12 heures par jour ;
- Aspirations cinq fois par jour.

— Surveillance médicale :

- Sa femme est infirmière ;
- Consultations deux fois par an à la Croix-Rousse ;
- Le kinésithérapeute à domicile cinq fois par semaine.

Depuis son retour, le malade a constaté « une meilleure récupération fonctionnelle ».

CAS N° 14. — Jacqueline M..., née le 29-4-1936.

Histoire de la maladie.

27-6-1957 : début d'une PAA.

28-6-1957 : hospitalisation à l'hôpital de la Croix-Rousse où le 29 il est pratiqué une trachéotomie avec mise sous ventilation assistée.

31-9-1957 : début de la récupération fonctionnelle spontanée.

— Complications durant son hospitalisation :

- Otite droite : décembre 1957 ;
- Hémorragie intestinale le 18 avril 1958 ;
- Lithiase rénale : décembre 1958 ;
- Infection des sécrétions bronchiques : août 1960 ;
- Infection urinaire chronique.

Après 4 ans d'hospitalisation, retour définitif à domicile le 13-7-1961 après bilan :

- Périphérique : quadriplégie avec importante rétraction au niveau du genou gauche.
- Respiratoire :
 - Canule non bouchée ;
- Ventilation assistée 14 heures par jour.
 - Gaz du sang :
 - pH : 7,37 ;
 - RA : 51 ;
 - pCO₂ : 40.
- Cardiovasculaire : Bdc : normaux ; ECG : normal.
- Poids : 50,5 kg.
- Général : dysmenorrhée.

Après 3 ans et 8 mois à domicile, du point de vue :

- Périphérique : pas de changement.

— Respiratoire :

- Canule non bouchée ;
- Ventilation assistée variable ;
- Aspirations variables.

— Traitement symptomatique.

— Surveillance médicale :

- Médecin de famille vient tous les mois, vérifie pouls, T.A., poids, calcule le pH deux fois par an, fait des examens biologiques de temps à autre (examens non précisés par la malade).
- Infirmière à la demande.
- Kinésithérapeute : tous les jours.

La malade n'a pas constaté d'amélioration à son état depuis son retour.

CAS N° 15. — Augustine M..., 53 ans.

Histoire de la maladie.

1942 : A l'âge de 30 ans, chute dans un escalier sur la colonne lombaire au cours d'une grossesse.

1960 : craquement et douleur au niveau de la colonne lombaire (L5 - L4). Apparition dans les M.I. de paresthésies.

7-1963 : la marche devient impossible.

9-1963 : apparition d'une dyspnée d'effort.

19-12-1963 : hospitalisation à l'hôpital de la Croix-Rousse pour paralysies progressives et insuffisance respiratoire. Il est pratiqué une trachéotomie avec ventilation assistée. Le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique est porté.

— Complications durant son hospitalisation :

- Surinfection des sécrétions bronchiques et des urines ;
- Méléna le 16-7-1964 (présence de diverticules sur le côlon au lavement baryté).

Après 13 mois d'hospitalisation, retour à domicile le 15-1-1965 après bilan :

— Périphérique : la maladie est une sclérose latérale amyotrophique :

- Main d'Aran Duchenne bilatérale ;
- Amyotrophie des quatre membres ;
- Paraplégie flasque des M.I. ;
- Fasciculation au niveau de la langue.

- Respiratoire :
 - Ventilation assistée 23 heures par jour.
 - Gaz du sang :
 - pH : 7,32 ;
 - CO₂ total : 47 ;
 - pCO₂ : 50.
 - Digraphies : paralysie diaphragmatique bilatérale.
- Cardiovasculaire : TA : 9,5 ; ECG : subnormal.

Après 4 mois à domicile, du point de vue :

- Respiratoire :
 - Ventilation assistée 18 heures par jour.
- Surveillance médicale :
 - Sa fille infirmière vit avec elle.
 - Consultations à l'hôpital de la Croix-Rousse ;
 - Kinésithérapeute trois fois par semaine.

La malade n'a pas constaté d'amélioration à son état.

CAS N° 16. — Monique B...-G..., née le 22-8-1943.

Histoire de la maladie :

7-9-1960 : début d'une PAA à virus type I par une angine.
10-9-1960 : hospitalisation à l'hôpital de Grenoble pour syndrome méningé.
11-9-1960 : évacuation sur Lyon (hôpital de la Croix-Rousse) pour paraplégie et insuffisance respiratoire nécessitant une trachéotomie et une ventilation assistée.

- Complications durant son hospitalisation :
 - Phlegmatia alba dolens (début le 10-12-1960) ;
 - Infection urinaire ;
 - Infection des sécrétions bronchiques.

Après 15 mois de maladie à l'hôpital, retour à domicile le 8-1-1962 après bilan :

- Périphérique : quadriplégie pratiquement totale prédominant aux M.I.
- Respiratoire :
 - Ventilation assistée 12 à 14 heures par jour ;
 - Canule non bouchée ;

- Digraphie :
Mobilité diaphragmatique nulle à gauche, 1,5 cm à droite
- Gaz du sang :
pH : 7,41 ;
RA : 59,7 V ;
pCO₂ : 43.
- Spirométrie (6-1-1962) :
VC : 360 ; CV : 780 ; CVT : 3460 ; Tiffeneau : 92 %.
- Cardiovasculaire :
TA : 10,5 ; BdC : normaux ; ECG : HVD.
- Poids : 40 kg.
- Taille : 1,73 m.

Après 3 ans et 5 mois à domicile, du point de vue :

- Périphérique : peu de changement.
- Respiratoire :
 - Plus de ventilation assistée depuis avril 1964 ;
 - Canule bouchée 24 heures sur 24.
 - Aspirations très rares.
- Surveillance médicale :
 - Médecin de famille venant à la demande, et vérifiant pouls, T.A. ; prenant des radiographies ; faisant des examens biologiques, des prises de sang pour le pH.
 - Kinésithérapeute deux fois par semaine : rééducation périphérique par la marche, rééducation respiratoire par gymnastique.

La malade a constaté une amélioration « de la respiration et de l'état général ».

CAS N° 17. — Marie-Thérèse C..., née le 12-10-1938, employée dans les textiles.

Histoire de la maladie.

21-9-1959 : début d'une myasthénie.

11-1959 : hospitalisation à l'hôpital Edouard-Herriot.

27-1-1960 : hospitalisation à l'hôpital de Chambéry pour épisode pulmonaire aigu aggravant la myasthénie, encombrement pulmonaire important.

3-2-1960 : évacuation sur l'hôpital de la Croix-Rousse pour un tableau I.R.A.

En plus du traitement antimyasthénique, une trachéotomie est pratiquée avec mise en ventilation assistée.

5-5-1960 : décanulation et retour à domicile.

2-7-1960 : énérvation sinocarotidienne D à l'hôpital Edouard-Herriot.

23-7-1960 : nouvel épisode I.R.A. Evacuation sur l'hôpital de la Croix-Rousse. Nouvelle trachéotomie et mise sous ventilation assistée.

8-12-1960 : l'autonomie respiratoire est complète. Une radiothérapie de la région thymique est pratiquée pendant un mois sans résultats.

27-10-1961 : nouvel épisode I.R.A. Ventilation assistée pendant quelques jours.

25-3-1962 : thymectomie pratiquée à l'hôpital E.-Herriot.

— Complications durant son hospitalisation :

- Lambliase découverte le 10-6-1961. Traitement Flagyl ;

Syndrome grippal, 6-3-1963 ;

- Surinfection des sécrétions bronchiques en février 1962.

— Retours temporaires du :

11-9 au 27-10-1961 ;

29-6-1962 au 3-3-1963 ;

9-3 au 1-4-1963.

Après 3 ans de maladie à l'hôpital, retour à domicile le 3-4-1963 après bilan :

— Périphérique : myasthénie grave.

— Respiratoire :

- Canule permanente car troubles de la déglutition.

- Ventilation assistée nulle.

— Gaz du sang :

pH : 7,35 ;

RA : 58 ;

pCO₂ : 48.

- Spirométrie :

CV : 1890 ; CVT : 4200 ; CVM/CVT : 45 % ; Tiffeneau : 67 % ; VC : 300.

- Digraphie :

Mobilité diaphragmatique : 1 cm à D, 1,5 cm à G.

— Cardiovasculaire :

TA : 11 ; Bdc : normaux ; ECG : normal.

- Poids : 63,500 kg.
- Général : état général bon.

Après 1 an et 11 mois à domicile, du point de vue :

- Respiratoire :
 - Canule non bouchée ;
 - Aspirations : deux fois par jour.
- Périphérique : mouvements possibles. Peut se lever, mais se fatigue vite.
- Maladie depuis son retour : syndrome grippal.
- Surveillance médicale :
 - Hôpital de la Croix-Rousse une fois par an ;
 - Médecin de famille tous les trois mois, vérifie T.A., pouls.

La malade a constaté une « reprise de confiance ».

CAS N° 18. — André W..., né en 1910.

Histoire de la maladie.

1952 : hospitalisation pour abcès du poumon.

Janvier 1962 : détresse respiratoire : trachéotomie et ventilation assistée pendant trois semaines.

Février 1963 : réhospitalisation pour insuffisance respiratoire à l'hôpital E.-Herriot : traitement médical (saignée, corticoïdes, antibiotiques, tonicardiaques).

Le 10-2-1963 : évacuation sur l'H.M.I. Desgenettes pour détresse respiratoire chez un C.P.C. : trachéotomie avec assistance respiratoire.

Après 19 mois de maladie à l'hôpital, retour à domicile le 14-9-1964 après bilan :

- Périphérique : R.A.S.
- Respiratoire :
 - Ventilation assistée 13 heures par jour ;
 - Canule non bouchée ;
 - Gaz du sang :
 - pH : 7,35 ;
 - pCO₂ : 60 mm Hg ;
 - SaO₂ : 83 %.

- Spirométrie (18-8-1964) :

CVT : 4280 ; CV : 2160 ; CV/CVT : 50,5 % ; VC : 780 ;
Tiffeneau : 19,3 %.

Conclusion : syndrome d'insuffisance ventilatoire mixte
majeure avec emphysème ; dyskinésie trachéobronchique
avec hypoventilation alvéolaire.

— Cardiovasculaire : T.A. : 12,5/8 ; BdC : sourds ; ECG :
HVD ; axe : 90°.

— Poids : 68 kg.

Après 8 mois à domicile, du point de vue :

— Respiratoire :

- Ventilation assistée 16 heures par jour ;
- Canule non bouchée ;
- 16 aspirations par jour.

— Traitement : digitaliques, potassium, diurétiques.

— Surveillance médicale :

- Consultation tous les quinze jours à l'H.M.I. Desgenettes ;
- Gendre étudiant en médecine (5^e année).

Depuis son retour, le malade a constaté : « Etat psychique considérablement amélioré avec retentissement équivalent sur l'état organique ».

CAS N° 19. — Paul C..., né le 6-10-1938.

Histoire de la maladie.

25-7-1961 : début d'une PAA par une angine puis un syndrome méningé.

26-7-1961 : évacuation sur l'H.M.I. Maillot (Alger) après transit à l'hôpital Baudens (Oran).

27-7-1961 : l'extension des paralysies et une insuffisance respiratoire débutante nécessitent trachéotomie et ventilation assistée.

15-9-1961 : évacuation sur l'H.M.I. Desgenettes, le malade ayant une quadriplégie et une insuffisance respiratoire nécessitant une ventilation assistée de 24 heures par jour.

— Complications durant son hospitalisation :

- 3 au 4-10-1961 : infection intestinale polymicrobienne ;
- Infection urinaire.

— Après 3 ans de maladie, voyage à Lourdes du 5 au 6-6-1964.

Après 3 ans 1/2 de maladie à l'hôpital, retour à domicile pour 15 jours, du 4-1-1965 au 19-1-1965 après bilan :

— Périphérique :

- Paraplégie complète, fixée, irrécupérable.
- Arthropathie de la hanche G immobilisée en extension incomplète permettant la station assise.
- Membre supérieur gauche normal.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée nulle ;
- Canule bouchée en permanence ;
- Pas d'encombrement pulmonaire ;
- Toux inefficace.

- Digraphie : 12-10-1964 :

à droite, paralysie pratiquement complète de l'hémicou-pole diaphragmatique ; à gauche, mobilité normale.

- Gaz du sang :

pH : 7,42 ;
RA : 25 meq ;
pCO₂ : 48 mm Hg.

- Spirométrie : 10-9-1964 :

VC : 570 ; CV : 2280 ; CVT : 6080 ; Tiffeneau : 90,8 % ;
CV/CVT : 37,5.

— Cardiovasculaire : TA : 13/8 ; BdC : normaux ; ECG : normal.

— Poids : 77,500 kg.

Le retour définitif a eu lieu le 20-3-1965.

CAS N° 20. — Raymond B..., 69 ans.

Histoire de la maladie.

15-11-1962 : rentre dans le service de l'HMI Desgenettes, venant de l'hôpital E.-Herriot pour défaillance respiratoire aiguë à l'occasion d'une infection intercurrente chez un emphysemateux chronique.

Traitement : trachéotomie et ventilation assistée. Antibiotiques et Duvadilan Euclidan en raison d'une artérite des M.I.

Après 9 mois de maladie à l'hôpital, retour à domicile le 12 août 1963 après bilan :

- Digestif : transit gastroduodénal (7-8-1963) :
Déformation bulbair importante. Le bulbe est réduit à un récessus externe dilaté. Il existe une image de niche ulcéreuse sur la petite courbure du bulbe restant.
Importante gastroduodénite.
- Périphérique : R.A.S.
- Respiratoire :
 - Ventilation assistée nulle ;
 - Canule bouchée ;
 - Gaz du sang artériel (24-7-1963) :
pH : 7,42 ;
RA : 27,1 ;
pCO₂ : 42.
- Cardiovasculaire : TA : 12/7 ; BdC : normaux ; ECG : normal. Disparition des signes cliniques de l'artérite des membres inférieurs.
- Poids : 82 kg.

Le 12 août 1963 le malade regagne son domicile à Lille avec une lettre pour le Médecin Chef du centre de réanimation de Lille.
Après 1 an et 8 mois à domicile, du point de vue :

- Respiratoire :
 - Canule bouchée en permanence ;
 - Il ne s'aspire plus.
- Surveillance médicale :
 - Suit un régime désodé et se soigne seul ;
 - Un médecin vient le voir à la demande et vérifie pouls, poids (actuellement 85 kg) et TA (14/8).
 - Consultations de temps en temps à l'hôpital A.-Calmette (Lille).

Le malade n'a pas constaté de modification à son état de santé.

CAS N° 21. — Janine E..., née le 1-9-1920, professeur.

Histoire de la maladie.

Octobre 1958 : découverte d'une myasthénie avec tumeur thymique.

7-3-1961 : ablation de la tumeur maligne à l'hôpital E.-Herriot.

14-3-1961 : évacuation sur l'hôpital de la Croix-Rousse pour détresse respiratoire nécessitant trachéotomie et ventilation assistée.

- Complications durant son hospitalisation :
 - Sténose trachéale découverte en octobre 1961.
 - Présence de germes pathogènes dans les sécrétions bronchiques en mars 1961.
- Retours temporaires du :
 - 2-8-1961 au 24-10-1961 ;
 - 13-12-1961 au 2-2-1962.

Après 2 ans et 4 mois de maladie à l'hôpital, retour à domicile le 3-7-1963 après bilan :

- Périphérique : R.A.S.
- Respiratoire :
 - Canule fenestrée ;
 - Trois aspirations par jour.
 - Gaz du sang :
 - pH : 7,28 ;
 - RA : 62,6 V ;
 - pCO₂ : 61.
- Cardiovasculaire : TA : 10 ; BdC : normaux ; ECG : R.A.S.
- Spirométrie le 23-10-1964 :
 - VC : 450 ; CV : 1990 ; CVTh : 2880 ; CV/CVTh : 69 ;
 - Tiffeneau : 58.

Après 1 an et 9 mois à domicile,

La malade a repris une activité professionnelle (professeur par correspondance) et vit tout à fait normalement ayant une canule bouchée en permanence. Elle est suivie à l'hôpital de la Croix-Rousse où elle va en consultation une fois par an.

CAS N° 22. — Pierre J..., né le 5-2-1915, marié, quatre enfants.

Antécédents : pleurésie à 9 ans.

Histoire de la maladie.

Depuis 1955 traité pour emphysème.

1960 : I.R.A. avec perte de conscience. Traitement à domicile.

23-1-1961 : dyspnée d'effort avec opacité du sommet droit et bulles d'emphysème.

25-1-1961 : il est hospitalisé à l'hôpital de la Croix-Rousse pour dystrophie bulleuse progressive et coma hypercapnique à l'occasion d'une pneumopathie aiguë.

Devant une I.R.A., il est pratiqué une trachéotomie avec mise en ventilation assistée.

— Complications durant son hospitalisation :

- Surinfection des sécrétions bronchiques en février 1961.

Après 4 mois d'hospitalisation, retour à domicile le 30-5-1961 après bilan :

— Périphérique : R.A.S.

— Respiratoire :

- Canule en permanence.

- Gaz du sang :

pH : 7,34 ;

pCO₂ : 50 ;

CO₂T : 60.

- Radiographie pulmonaire : dystrophie bronchopulmonaire avec bulles géantes dans les deux champs.

— Cardiovasculaire : TA : 13 ; ECG : cœur droit dominant.

— Général : Poids : 55,450 kg.

Le 4-11-1961 après 2 mois de travail, l'exploration fonctionnelle respiratoire montre un tracé type fibrose avec conservation du V.E.R. et une atteinte majeure de la VEMS Tiffeneau 17 %.

Après 4 ans à domicile, du point de vue :

— Respiratoire :

- Canule bouchée 24 heures par jour.

— Traitement : oxygène, corticoïdes et diurétiques.

— Maladie : syndrome grippal.

— Surveillance médicale : Hôpital de la Croix-Rousse trois fois par an.

Le malade a constaté depuis son retour : « Une consolidation de son autonomie respiratoire ».

CAS n° 23. — Denise L'A..., née le 9-11-1920, mariée, trois enfants.

Histoire de la maladie.

28-12-1961 au 3-1-1962 : hospitalisation à la Croix-Rousse pour quadriplégie fébrile. Guérison clinique après antibiotiques.

6-1-1962 : retour dans le service pour I.R.A. avec paralysie totale des diaphragmes et des intercostaux due à un syndrome médullaire cervical (C6 - C7) avec hématomyélie probable, nécessitant trachéotomie et ventilation assistée.

- Complications durant son séjour :
 - Escarre sacrée en 1962 ;
 - Infection urinaire : février 1962.
- Retours temporaires du :
 - 20-9 au 5-11-1962 ;
 - 27-12-1962 au 7-11-1963.

Après 15 mois de maladie à l'hôpital, retour à domicile le 30 mars 1963 après bilan :

- Périphérique :
 - Marche avec des cannes ;
 - Incontinence urinaire ;
 - Escarre sacrée.
- Respiratoire :
 - Canule fermée 14 heures jour ;
 - Ventilation assistée nulle.
- Spirométrie :
 - CV : 1890 ; VEMS : 1410 ; CVT : 2650 ; CVM/CVT : 71 % ; Tiffeneau : 75 ; donc IR par amputation modérée.

Durant son séjour à domicile du 30 mars au 8 juin 1963 :

- Une infirmière venait chez elle 6 heures par jour ;
- Un kinésithérapeute 1 heure par jour

Décanulation : du 8 au 20 juin 1963, nouveau séjour à l'hôpital pour décanulation.

Depuis sa décanulation en juin 1963 :

- Elle a repris sa place au foyer malgré une atteinte importante du membre supérieur D.
- Un kinésithérapeute vient la voir deux fois par semaine pour une rééducation périphérique

CAS N° 24. — Michel P..., né le 9 mars 1940.

Histoire de la maladie :

20-10-1961 : syndrome méningé à Port Gueydon (AFN).

21-10-1961 : évacuation pour paraplégie sur l'H.M. de Tizi-Ouzou.

22-10-1961 : évacuation sur l'H.M.I. Maillot (Alger) en raison du caractère ascendant du syndrome paralytique avec atteinte respiratoire.

Il est alors pratiqué une trachéotomie avec assistance respiratoire par voie endotrachéale.

20-11-1961 : évacuation sur l'H.M.I. Desgenettes avec le diagnostic d'entrée de PAA avec quadriplégie à majoration paraplégique. Autonomie respiratoire nulle.

— Retours temporaires du :

7 au 10-6-1963 ;

21-4 au 7-5-1964.

— Complication durant l'hospitalisation :

25-1-1964 : atelectasie segmentaire au tiers supérieur.

Après 2 ans 1/2 de maladie à l'hôpital, retour à domicile le 16-6-1964 après bilan :

— Périphérique : La force musculaire du M.S. est très bonne. Les groupes distaux des M.I. sont satisfaisants. Les groupes proximaux sont bons mais la marche est possible avec des cannes. La musculature du dos reste faible et les abdominaux très mauvais.

— Respiratoire :

- Pas de ventilation assistée ;

- Canule bouchée pratiquement en permanence ;

- Pas d'encombrement trachéobronchique ;

- Digraphie (14-5-1964) : la valeur de la sangle abdominale n'est pas parfaite ; par contre la mobilité diaphragmatique est bonne.

- Gaz du sang veineux :

pH : 7,35 ;

pCO₂ : 49 mm Hg ;

RA : 60,2 V.

- Spirométrie (2-6-1964) :

CV : 3000 ; CVT : 5780 ; CV/CVT : 51,9 % ; VC : 750 ;

Tiffeneau : 91 %.

Donc hyperventilation de repos avec hyperpnée.

— Cardiovasculaire : TA : 12/8 ; Bdc : normaux ; ECG (9-5-1964) : légère déviation axiale à — 15.

— Poids : 64 kg.

Après 10 mois à domicile, du point de vue :

— Périphérique : pas d'amélioration.

— Respiratoire :

- Canule bouchée 24 heures par jour, mais toux insuffisante.

— Maladie : rhinobronchite, nécessitant aspirations endotrachéales.

— Surveillance médicale :

- Sa femme est infirmière ;
- Consultations à l'H.M.I. Desgenettes ;
- Médecin de famille : visites régulières. Il vérifie pouls, poids, TA.
- Kinésithérapeute : deux fois par semaine.

Depuis son retour, le malade a constaté « une amélioration morale ».

CAS N° 25. — Gérard R..., né le 19-12-1957.

Histoire de la maladie.

23-11-1959 au 8-1960, hospitalisation à l'hôpital Saint-Joseph pour hyperglycémie.

Découverte d'une granulopénie en juin 1961.

15-12-1961 : rhinopharyngite.

19-12-1961 : hospitalisation à l'hôpital St-Joseph pour un tableau de méningo encéphalite avec granulopénie. Traitement : ACTH + antibiotique + γ globulines + adénine.

29-12-1961 : évacuation sur l'hôpital de la Croix-Rousse pour coma vigile avec signe de Babinski gauche.

6-1-1962 : agammaglobulinémie confirmée par électrophorèse.

9-1-1962 : aggravation du déficit moteur. Une artériographie carotidienne à la recherche d'un abcès du cerveau, pratiquée à l'hôpital E.-Herriot, ne montre pas d'anomalie mais par la suite s'installe un encombrement pulmonaire nécessitant une trachéotomie et la mise pendant trois jours, sous ventilation assistée.

16-1-1962 : hémiparésie gauche.

10-5-1962 : reprise de conscience mais découverte d'une sténose trachéale par aplatissement antéropostérieur empêchant la décanulation.

— Complications durant son hospitalisation :

Otite en février 1962.

Présence de germes pathogènes dans :

- Les selles (III B4) en janvier 1962 ;
- Les urines, janvier 1962.
- Les sécrétions bronchiques, octobre et novembre 1962 ;
- Les sécrétions oculaires, octobre 1962.

Après 1 an de maladie à l'hôpital, retour à domicile le 10 janvier 1963 après bilan :

- Sanguin : hypogammaglobulinémie.
- Périphérique :
 - Séquelles psychomotrices ;
 - Retard du langage ;
 - Déformation de la jambe gauche ;
 - Propreté non acquise.
- Respiratoire :
 - Trachéotomie - canule bouchée ;
 - Ventilation assistée nulle ;
 - Hypersécrétion bronchique ;
 - Gaz du sang :
 - pH : 7,36 ;
 - CO₂ : total 60 ;
 - pCO₂ : 48.
- Cardiovasculaire : TA : 11 ; BdC : normaux ; ECG : subnormal.
- Traitement à suivre : γ globulines + antibiotiques.

Après 1 an et 9 mois à domicile, du point de vue :

- Respiratoire :
 - Canule bouchée dans la journée.
- Traitement :
 - γ globulines toutes les semaines ;
 - Antibiotiques.
- Surveillance médicale :
 - Médecin de famille régulièrement ;
 - Hôpital de la Croix-Rousse deux fois par an.

CAS N° 26. — Lucienne V..., née le 12-7-1905.

Histoire de la maladie.

30-10 au 25-11-1961 : hospitalisation pour intoxication au Nozinan.

6-11-1963 : hospitalisation pour état grippal chez une emphysemateuse chronique à l'Hôtel-Dieu.

8-11-1963 : évacuation sur l'H.M.I. Desgenettes, la malade présentant un tableau d'insuffisance respiratoire subaiguë avec un état subcomateux. Trachéotomie + assistance respiratoire. Traitement médical : corticoïdes intra-veineux, heptamyl, antibiotiques.

Après 5 mois de maladie à l'hôpital, retour à domicile le 13-7-1963 après bilan :

— Périphérique : R.A.S.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée nulle ;
- Canule bouchée de façon intermittente ;
- Gaz du sang veineux (11-7-1963) :

pH : 7,36 ;

RA : 25,9 meq ;

pCO₂ : 45 mm Hg.

— Cardiovasculaire : TA : 13/7 ; Bdc : normaux ; ECG : HVD ; axe + 120.

— Poids : 67 g.

Séjour de 4 mois à Menton du 5-11-1963 au 5-3-1964.

Hiver sans incidents.

Réhospitalisation du 13-4-1964 au 17-5-1964 à l'H.M.I. Desgenettes pour dyspnée et syndrome de la F.I.D. Le 28-4-1964, appendicectomie.

Après 2 ans à domicile, du point de vue :

— Périphérique : R.A.S.

— Respiratoire :

- Canule à volet ;
- Aspirations très fréquentes.

— Traitement : heptamyl + diurétiques.

— Surveillance médicale :

- HMID : consultation tous les 3 ou 4 mois ;
- Son fils infirmier vient une fois par semaine.

Depuis son retour, le malade a constaté une « amélioration respiratoire ».

CAS N° 27. — Charles M..., né en 1905.

Histoire de la maladie.

Janvier 1962 : hospitalisation à l'hôpital E.-Herriot pendant trois semaines pour crise d'asthme.

7-12-1963 : nouvelle hospitalisation pour pneumopathie. Dans la nuit du 10 au 11-12-1963 décompensation respiratoire brutale. Traitement : trachéotomie + corticothérapie.

11-12-1963 : évacuation à l'HMI Desgenettes pour décompensation respiratoire chez un asthmatique obèse.

— Complications durant son séjour :

- Découverte d'une hernie diaphragmatique (28-12-1963) ;
- Otite moyenne chronique gauche (31-1-1964) ;
- Infiltrat labile de la base droite (10-1-1964) ;
- Germes pathogènes dans les sécrétions bronchiques (6-1-1964), dans les urines (15-1-1964).

— Traitement :

- Kinésithérapique : gymnastique au lit, séances de lit basculant.
- Médical : antibiotiques + corticothérapie + diurétiques + dérivés de la théophylline.

Après 3 mois d'hospitalisation, retour à domicile le 14-3-1964 après bilan :

— Périphérique : R.A.S.

— Respiratoire :

- Ventilation assistée nulle ;
- Canule non bouchée ;
- Gaz du sang 3-3-1964 (veine) :
RA : 26,5 meq ;
pH : 7,36 ;
CO₂ total : 59.

- Spirométrie 3-3-1964 :

CVT : 4110 ; CV : 3300 ; CV/CVT : 80,3 % ; Tiffenau : 22,7 %.

En conclusion : syndrome d'insuffisance ventilatoire assez sévère.

— Cardiovasculaire : TA : 13/8 ; BdC : normaux ; ECG : (23-1-1964) : HVD et BBD.

— Poids : 77,400 kg.

Après 1 an et 3 mois à domicile, du point de vue :

- Périphérique : R.A.S.
- Respiratoire :
 - Canule bouchée 3 heures 1/2 par jour ;
 - Aspirations 12 fois par jour ;
 - Ventilation assistée nulle.
- Traitement : digitaliques et diurétiques.
- Maladie depuis son retour :
 - Affection dermatologique.
- Surveillance médicale :
 - Consultation une fois par mois à l'HMID.

La malade n'a pas constaté d'amélioration à son état de santé.

CAS N° 28. — Marcel T..., né en 1909, secrétaire général.

Antécédents :

- Traumatisme crânien ;
- Ulcère gastroduodénal ;
- Asthme.

Histoire de la maladie.

Mai 1962 : furoncle de la lèvre inférieure. Traitement : corticoïdes + antibiotiques.

9-6-1962 : hyperthermie + hématurie. Hospitalisation à la Croix-Rousse pour méningo-encéphalite.

16-6-1962 : convulsions avec encombrement bronchique nécessitant une trachéotomie.

4-7-1962 : crise comitiale.

9-7-1962 : coma complet sans signe de localisation.

8-9-1962 : fin du coma mais syndrome parkinsonien.

— Complications durant son séjour :

18-9-1962 : hématurie.

juin 1963 : blocages articulaires avec paraostéarthropathies des genoux et des hanches.

27-7-1963 : sténose trachéale diagnostiquée. Présence de germes pathogènes dans les urines en septembre 1962, les sécrétions bronchiques en juillet et août 1962 et janvier 1963.

— Retour temporaire du 15 juin au 1^{er} juillet 1963.

Après 14 mois de maladie, retour à domicile le 27-7-1963 après bilan :

— Périphérique : ostéoarthropathies.

— Respiratoire :

- Canule non bouchée.

- Gaz du sang :

pH : 7,40 ;

CO₂ total : 53 ;

pCO₂ : 39.

— Cardiovasculaire : TA : 11 ; BdC : normaux.

Après 1 an et 10 mois à domicile, du point de vue :

— Respiratoire :

- Ventilation assistée nulle depuis septembre 1963 ;

- Décanulation en février 1964 en clinique.

— Périphérique : arthropathies des membres inférieurs.

— Mental : troubles psychiques importants. Amnésie.

— Surveillance médicale :

- Médecin de famille : vérifie pouls et TA ;

- Kinésithérapeute trois jours par semaine.

— Traitement : Largactil.

Le malade a constaté « une amélioration respiratoire et meilleur moral ».

CAS N° 29. — Andrée J..., née le 16 avril 1934, secrétaire.

Histoire de la maladie.

26-11-1961 : hospitalisation à l'HMID pour quadriplégie et troubles de la déglutition.

27-11-1961 : transfert au C.A.R. Troubles de la déglutition et respiratoires imposant une trachéotomie avec mise sous ventilation assistée (24 heures par jour).

4-12-1961 : le diagnostic de myasthénie est porté et le traitement étiologique est mis en œuvre.

29-12-1961 : autonomie respiratoire complète mais persistance du syndrome myasthénique imposant un traitement médicamenteux permanent.

— Retours temporaires du

14-4-1962 au 15-5-1962 ;

14-4-1962 au 15-5-1962 ;

Après 16 mois de maladie à l'hôpital, départ définitif le 19 mai 1962 après bilan :

- Périphérique : sensation de fatigue en fin de journée. Activité presque normale.
- Respiratoire :
 - Canule permanente ;
 - Autonomie respiratoire.
 - Gaz du sang :
 - pH : 7,32 ;
 - pCO₂ : 45 ;
 - RA : 52.
 - Radiographie pulmonaire ITN.
- Cardiovasculaire : TA : 11/8 ; BdC : normaux ; ECG : normal.
- Général : poids 54,500 kg.

Le malade revient régulièrement dans le service en consultation, tous les quinze jours.

Décanulation le 17-3-1964 à l'hôpital.

Nouveau séjour du 8-3-1965 au 13-3-1965 pour :

- Syndrome myasthénique modéré. Il est corrigé par le traitement.
- Etat général très bon.
- Etat respiratoire très satisfaisant.

CAS N° 30. — Marie-Antoinette R..., 24 ans, cultivatrice.

Histoire de la maladie.

4-9-1957 : état grippal. Début d'une PAA de type I chez une femme enceinte.

6-11-1957 : syndrome méningé.

7-11-1957 : parésie de la jambe droite.

15-1-1958 : césarienne. Enfant de 2,3 kg.

— Complications durant son hospitalisation :

28-1-1958 : atélectasie hémithoracique gauche ;

15-11-1958 : allergie médicamenteuse ;

21-11-1958 : œdème de la cheville gauche.

Décanulation le 24-9-1958.

Après un an d'hospitalisation, retour à domicile le 1-11-1958 après bilan :

— Périphérique : paralysie des M.I. et du M.S.G.

Respiratoire : paralysie du diaphragme G.

— Cardiovasculaire : pouls à 90 ; TA : 12 ; ECG : axe à 90.

Nouvelle hospitalisation le 5-8-1960 pour crise d'asphyxie due à une pneumopathie aiguë.

— Thérapeutique : cuirasse.

— Spirométrie :

- Amputation du CV portant sur VER.

CV : 960 ; CVM/CVT : 31 ; VEMS : 930.

- Digraphie : diagramme bon à droite, 0,5 cm à gauche.

- Radiographie pulmonaire ITN.

Gaz du sang :

pH : 7,45 ;

RA : 55,8 ;

pCO₂ : 37.

— Complication (3-2-1960) crise de tétanie.

Après 2 mois d'hospitalisation, départ définitif le 1-11-1960 : avec orifice de trachéotomie obturé et cuirasse respiratoire.

Décès à l'hôpital près de son domicile le 25-4-1963 : après baisse importante de l'état général (amaigrissement et insuffisance respiratoire chronique).

Actuellement, cette malade ne serait rentrée à domicile définitivement qu'avec une canule permanente et des appareils assurant une ventilation assistée.

CHAPITRE II.

ETUDE GENERALE DES OBSERVATIONS

Etiologie des affections en cause

Les principales maladies chroniques ayant nécessité trachéotomie et pose d'une canule permanente avec ou sans ventilation assistée chez ces malades rentrés définitivement à domicile sont :

- la poliomyélite antérieure aiguë : 17 cas
- l'insuffisance respiratoire chronique : 5 cas
- la myasthénie : 3 cas

et des affections diverses telles que

- sclérose latérale amyotrophique
- hématomyélie
- fracture de la colonne cervicale
- méningo-encéphalite (2)

L'insuffisance respiratoire par la diversité des affections en cause touche indifféremment hommes (46,5 %), femmes (46,5 %) enfants (7 %). De même elle n'épargne aucune période de la vie :

- deux malades ont moins de 20 ans
- douze de 20 à 30 ans
- dix de 30 à 50 ans
- six ont plus de 50 ans

Etude du bilan respiratoire à domicile

— Seize malades sont sous ventilation assistée pendant une période plus ou moins longue.

— Dix n'ont qu'une canule permanente.

DURÉE DE LA VENTILATION ASSISTÉE MÉCANIQUE

		<i>Décanulation</i>	<i>Canule de Trachéotomie sans ventilation assistée</i>	<i>Ventilation assistée 0-6 h.</i>	<i>Ventilation assistée 6-12 h.</i>	<i>Ventilation assistée 12-18 h.</i>	<i>Ventilation assistée 18-23 h.</i>	<i>Ventilation assistée 24 h.</i>
Poliomyélite .	17	1	3	1	7	4	1	1
Myasthénie ...	3	1	2					
Insuffisance respiratoire chronique .	5		4			1		
Divers	5	2	1		1			
	30	4	10	1	8	5	1	1

SÉQUELLES MOTRICES PÉRIPHÉRIQUES

	<i>Nombre</i>	<i>pas de déficit</i>	<i>séquelles mineures</i>	<i>paraplégie</i>	<i>quadriplégie</i>
Poliomyélite .	17		4	2	11
Myasthénie ...	3	2	1		
Insuffisance respiratoire chronique .	5	5			
Divers	5		3	1	1
	30	7	8	3	12

Chez les premiers, cinq d'entre eux ont obtenu une amélioration de leur autonomie respiratoire. Une jeune fille (obs. n° 16) a même obtenu rapidement une autonomie complète, alors qu'à sa sortie de l'hôpital la ventilation assistée était encore de 12 à 14 h. Elle explique ses progrès (nous citons ses termes) « par la chaleur familiale, l'oubli de mon handicap, par la vie active menée par mon entourage que je suis obligée de suivre ». Il est certain que sa jeunesse (20 ans) a joué une grande part dans ce succès. Quatre malades seulement ont dû augmenter sensiblement leur ventilation assistée.

Donc actuellement seize personnes ne peuvent se passer de l'assistance respiratoire à domicile ; la durée variant suivant les malades ; elle représente 160 heures par jour pour l'ensemble, se répartissant ainsi (cf. tableau).

0 - 6 h. :	1 malade
6 - 12 h. :	8
12 - 18 h. :	5
18 - 23 h. :	1
24 h. (aucune autonomie) :	1

Il est à noter que le malade qui vit chez lui, malgré l'absence d'autonomie, est une exception. Il nécessite une grande surveillance médicale et un départ définitif dans de telles conditions ne saurait être conseillé. S'il a quitté le service spécialisé sur sa demande, son départ n'a été possible que parce qu'il loge à proximité immédiate de l'hôpital.

Etude du bilan périphérique

La plupart des maladies concernées par cette étude laissent d'importantes séquelles motrices périphériques, en même temps qu'une insuffisance respiratoire plus ou moins sévère, en particulier pour la poliomyélite. Les trente malades considérés conservent actuellement :

- dans 12 cas une quadriplégie
- dans 3 cas une paraplégie
- dans 8 cas des séquelles mineures leur permettant de se déplacer et d'accomplir de nombreux gestes utiles à la vie quotidienne
- dans 7 cas aucun déficit moteur.

D'où la nécessité de persévérer dans la rééducation fonctionnelle, ce qui implique parfois à domicile la possession de fauteuils roulants, de lève-malades, la présence constante d'une tierce personne et des soins de kinésithérapeute. Insuffisance respiratoire sévère et déficit moteur grave s'intriquent parfois comme c'est le cas pour notre malade n° 1, quadriplégique et sans autonomie respiratoire, et pour de nombreux autres à un degré moindre.

Maladies contractées depuis leur retour à domicile

Depuis leur réintégration dans un cadre normal, dix-huit d'entre eux ne semblent pas avoir de troubles surajoutés.

Cependant sept ont dû faire face aux incidents pathologiques suivants :

- embolie pulmonaire chez un immobilisé et *phlegmatia alba dolens*
- crise appendiculaire (cas n° 26)
- affection dermatologique (obs. n° 27)
- dilatation gastrique (obs. n° 2)
- syndromes grippaux (obs. nos 17, 7, 3)

Ces affections n'ont entraîné aucune complication. Mieux armés normalement que le malade habituel, leurs réactions semblent même plus énergiques. Au cours d'une dilatation gastrique aiguë, une malade guide son mari pour la mise en place d'une sonde. Deux cas seulement (13 et 26) ont nécessité une réhospitalisation.

La surveillance médicale

Il est nécessaire et très important que les malades poursuivent leur traitement chez eux.

Un certain nombre gardent le contact avec le Centre d'Assistance Respiratoire (40 %) et viennent en consultation une à trois fois par an. Un tiers d'entre eux se contentent de cette consultation pour toute surveillance médicale, en raison de leur proximité de l'hôpital.

Tous les autres se font suivre par un médecin de famille.

70 % d'entre eux se font suivre ainsi une fois par mois

17 % ne font appel au médecin que sporadiquement.

En clientèle privée la première difficulté rencontrée est la pratique d'examens spéciaux, étude des gaz du sang en particulier. La surveillance médicale est basée essentiellement sur le sens clinique et sur quelques examens.

Les résultats de notre enquête nous apprennent que :

- 80 % des médecins prennent régulièrement le pouls et la tension artérielle
- 45 % suivent la courbe pondérale
- 30 % font des examens biologiques dont la nature n'a pas été précisée par les malades
- 25 % vérifient le pH sanguin
- 10 % s'aident de radiographies

Remarquons que, hormis la surveillance du pouls et de la tension artérielle, les autres examens sont bien plus négligés. Certes la pesée régulière est souvent difficile chez des sujets grabataires. Redisons cependant qu'un sujet mal ventilé, surtout s'il s'agit d'un enfant, garde une courbe pondérale stationnaire ou maigrit. Les examens spécialisés ne peuvent être faits que dans des centres hospitaliers et de ce fait ne sont pas toujours réalisables. Mais il nous faut rappeler la très grande valeur du simple examen clinique qui peut renseigner de façon assez complète et le plus souvent suffisante sur l'état respiratoire.

Par exemple, coloration des téguments (la cyanose n'est qu'un signe tardif traduisant une désaturation oxyhémoglobinique importante).

En cas de mauvaise ventilation : asthénie, sueur abondante (se voit surtout chez l'enfant, au niveau de la lèvre supérieure), hypersalivation, yeux cernés, sensibilité accrue aux infections en particulier aux staphylococcies cutanées.

L'auscultation permet bien, évidemment, d'évaluer l'encombrement bronchique et de révéler parfois des zones d'atélectasie ou des zones de pneumopathie surajoutée.

Le médecin joue également un rôle psychologique très important chez ces diminués physiques dont la maladie est stabilisée. Ses visites fréquentes, leur sont d'un très grand

réconfort moral. Il est parfois appelé pour des affections intercurrentes traitées par des médications spécifiques et symptomatiques. Dans sa surveillance il est aidé par des auxiliaires médicaux, infirmières et kinésithérapeutes.

Les soins, qui consistent surtout en changements de canule et toilettes, sont donnés par des infirmières dans 50 % des cas. Elles assurent parfois également des gardes. Quatre malades bénéficient de leur présence permanente, en raison des liens familiaux qui les unissent. En effet, l'une d'elles est la mère du malade, deux en sont les épouses, et une en est la fille. Une malade a un fils infirmier qui vient la voir régulièrement.

Des kinésithérapeutes assurent dans 70 % des cas la rééducation périphérique et respiratoire et viennent en moyenne un jour sur deux à domicile. Ce pourcentage peut paraître faible mais certains malades ayant récupéré une motricité normale n'ont plus besoin de tous ces soins.

CHAPITRE III.

ETUDE DES APPAREILS

Type d'appareil

Dans la respiration assistée, l'emploi d'un appareillage complexe fut durant de longues années, un écueil au retour à domicile, de tels malades. Les respirateurs en particulier, type appareil d'Engström ou respirateur endotrachéal de l'hôpital Claude Bernard, volumineux, nécessitant une installation spéciale et un personnel entraîné, par ailleurs d'un prix d'achat élevé, semblaient condamner le malade au séjour à l'hôpital.

Heureusement très peu de malades ont définitivement besoin d'un appareillage aussi compliqué car ils récupèrent une certaine autonomie avant de quitter l'hôpital. Ils peuvent alors utiliser des appareils simplifiés, de volume réduit : respirateurs de type Vincent-Jandot, Radcliffe, Bird par exemple. Nos malades utilisent surtout l'appareil de Vincent-Jandot qui est un respirateur à disque, peu encombrant marchant sur batterie ou sur secteur, d'un maniement facile par l'entourage ou le malade lui-même (17 sur 19).

Mais en dehors des respirateurs, le retour à domicile impose l'emploi d'un nombre important d'appareils dont nous dressons la liste ci-contre :

- 29 malades ont un aspirateur pour évacuer les sécrétions bronchiques.
- 15 malades ont un compresseur pour alimenter en fluide leur respirateur Vincent-Jandot et éviter ainsi l'emploi d'oxygène pur, livré dans le commerce en obus encombrants et lourds et indispensable au fonctionnement du respirateur si on ne dispose pas de compresseur
- 15 malades ont des appareils de secours fonctionnant à la main (respirateur, aspirateur)
- 15 malades ont un fauteuil roulant

- 11 malades ont un lève-malade
- 6 malades ont un lit spécial
- 1 malade a une cuirasse thoraco-abdominale : la seule de nos malades ayant utilisé à domicile cette technique de respiration assistée, est décédée dans un tableau d'insuffisance respiratoire, mais d'autres auteurs se montrent satisfaits de ce mode de ventilation. Ainsi des malades de l'hôpital Claude-Bernard rentrent à domicile, de façon temporaire ou définitive, munis d'un respirateur endotrachéal ou d'une prothèse de ventilation assistée.

Cet appareillage est très variable selon la gravité et la psychologie propre de chaque malade :

— *Mlle Jacqueline M...*, (obs. 14), quadriplégique ayant 14 h. de ventilation assistée a pu installer un appareil Draeger dans son appartement.

— *M. Yves B...* (obs. n° 1), quadriplégique sans autonomie respiratoire, possède trois respirateurs de marques différentes (Vincent-Jandot, Spiromat, Radcliffe).

Pour ne pas être pris de court en cas de panne ou d'incident, les malades ont dû prévoir un appareil de secours : 14 cas. Quatre parmi ces derniers en possèdent même deux.

On note ainsi :

- 11 Ambu (respirateur et aspirateur combinés)
- 4 Ranima (respirateur)
- 3 Pédavide (aspirateur à pédale)

Quinze malades ont un fauteuil roulant, mais un d'entre eux, *M. Marcel T...* (obs. n° 28) ne s'en sert pas actuellement, sa femme ne pouvant l'asseoir sans aide.

Sept malades ont procédé à des installations spéciales pour éliminer des efforts physiques au-dessus de leurs capacités. Elles consistent, par exemple, en l'aménagement des abords de la maison, les escaliers étant remplacés par des plans inclinés. D'autres ont modifié leur cave pour y loger le compresseur, éliminer ainsi une source de bruit et diminuer l'encombrement de leur chambre.

De tels appareillages, de semblables installations sont très onéreuses, il est donc nécessaire d'étudier les moyens employés par nos malades pour faire face à de telles dépenses :

Moyens de faire face à ces dépenses

Certains malades se sont procurés les appareils par leurs propres moyens, d'autres ont été aidés par des organismes tels que Sécurité Sociale, Ministère des Anciens Combattants, etc... Le prix d'achat d'un respirateur, type MMS est en effet supérieur à 10.000 francs.

Quatre installations appartiennent à l'Association Lyonnaise pour la Lutte contre la Poliomyélite qui les a prêtées en fonction des besoins et de ses possibilités.

Cinq ont été fournies par le Ministère des Anciens Combattants et Victimes de Guerre.

Six ont été réalisées avec l'aide de la Sécurité Sociale.

Trois sont des achats personnels.

En ce qui concerne notre première observation, nous voyons que le malade possède trois respirateurs.

- l'appareil Vincent-Jandot a été fourni par la Sécurité Sociale ;
- l'appareil Spiromat appartient à l'Association lyonnaise pour la lutte contre la poliomyélite ;
- l'appareil Radcliffe est la propriété du malade.

Notons au passage les nombreuses caisses de Sécurité Sociale ayant contribué à ces réalisations :

- minière : cas n° 18
- de Savoie : cas n° 17
- de Lyon : n° 10
- de Saône-et-Loire : n° 9
- de Grenoble : n° 4
- du Jura et Mutuelle Générale de l'Education Nationale (obs. n° 2)
- de l'Isère : n° 1

Fonctionnement et bonne marche des installations

Pour utiliser leurs appareils, il faut que les malades les connaissent bien et sachent les régler correctement. Dans l'ensemble, ils n'ont rencontré aucun ennui. Seul le malade de l'observation n° 15 ne s'en occupe pas et laisse ce soin à

sa fille. Quant au malade de l'observation n° 2, s'il n'a pas encore rencontré de difficultés, il avoue toutefois que ses connaissances sont plutôt théoriques.

Compte tenu du nombre important d'heures de fonctionnement, il semble que les pannes et incidents ait été relativement rares (17 pannes, 8 incidents). Les constructeurs et les propriétaires ont cependant dû prévoir des vérifications annuelles et l'envoi rapide de réparateurs en cas de besoin. Cela ne suffit pas à rassurer tous les malades : pour plus de sécurité, sept d'entre eux les font vérifier de temps en temps par des amis ou parents.

Les conventions : ces appareils fonctionnent à l'électricité et nécessitant pour certains des circuits d'oxygène, il a été nécessaire de prévoir un système prioritaire pour pallier les coupures de courant, pannes, livraisons irrégulières, en cas de grève par exemple.

Pour cela les malades ont passé des conventions aux différents organismes.

— 9 avec l'E.D.F.

— 7 avec les livreurs de bouteilles d'oxygène

De telles installations provoquent-elles d'importantes dépenses supplémentaires ?

Nous avons posé la question aux malades. Leurs réponses sont partagées. Sept malades estiment que non ; douze sont d'avis contraire et y voient même une « importante » augmentation des dépenses.

L'électricité fournissant l'énergie aux différents moteurs et ceux-ci fonctionnant souvent sans interruption, les malades peuvent avoir l'impression d'une grande consommation.

En fait et pour tenir compte de ces opinions divergentes, il semble juste de conclure que ces appareils consomment peu. Ce qui rejoint l'avis des constructeurs.

Relations des malades avec les organismes payeurs

La situation toute particulière de ces malades réduits à une activité modérée et nécessitant l'emploi d'appareils impor-

tants, ne peut se concevoir qu'avec l'aide d'organismes privés ou publics. Dans l'ensemble, ils reconnaissent ne pas avoir rencontré de difficultés depuis leur retour à domicile.

Trois exceptions cependant :

Le cas n° 2 trouve que la Mutuelle Générale de l'Education Nationale, ne prévoit pas assez largement les frais d'entretien de l'installation, entretien consistant en une vérification mensuelle par son mari. La Sécurité Sociale ne paie que les réparations en cas de panne.

Le cas n° 6 se plaint de différends avec le Ministère des Anciens Combattants.

Le cas n° 15 n'a aucune difficulté, mais trouve que la Sécurité Sociale est lente à résoudre les problèmes administratifs.

En conclusion : si les difficultés ont été surmontées dans le cas particulier de ces trente malades, elles n'en demeurent pas moins pour le problème posé dans sa généralité.

— Le prix de revient des appareils est toujours très élevé.

— Les textes administratifs des organismes sociaux n'ont, dans l'ensemble, pas prévu les modalités d'organisation, d'entretien et de renouvellement de cet appareillage mécanique.

Il a souvent fallu de longues démarches avant de recueillir les fonds nécessaires à l'achat. Elles ont abouti : grâce à la compréhension des organismes sociaux et à leur sens de l'humain ; grâce à l'intervention, dans certains cas, de l'Association Lyonnaise pour la Lutte contre la Poliomyélite qui s'est chargée, pour les malades, des formalités administratives ; grâce au dévouement de tous ceux qui ont la charge de ces malades : médecins, infirmières, assistantes sociales, mais aussi techniciens chargés de l'installation et de la surveillance de tous ces appareils et qui, souvent bénévolement, se déplacent immédiatement en cas d'incident de fonctionnement.

CHAPITRE IV

LA VIE DU MALADE DANS SON CADRE SOCIAL

Ressources des malades

Le retour définitif dépend des conditions matérielles du malade ou de la famille.

Quelques malades sont pensionnés :

- Soit par la Sécurité Sociale sous le régime « longue maladie » ou « invalidité ».
- Soit par le Ministère des Anciens Combattants « pour maladie contractée au cours de leur service militaire ».

D'autres sont à la charge de leurs parents ou de leur conjoint.

Deux malades ont repris une activité salariée et subviennent à leurs besoins.

Transport de l'hôpital au domicile

Il ne peut s'effectuer, pour la plupart des malades, que dans une ambulance spécialement équipée, généralement celle de la Croix-Rouge Française et, dans ce dernier cas, une infirmière compétente les accompagne. On utilise d'ailleurs souvent, à cette occasion, une ambulance ordinaire dans laquelle sont installés les futurs appareils du malade.

Actuellement les respirateurs pouvant fonctionner sur batteries, les difficultés posées par la ventilation assistée pendant le transport sont moindres. Le plus souvent un médecin convoie le malade pour intervenir en cas d'incident imprévisible.

Certains malades utilisent leur voiture personnelle aménagée en fonction de leur état.

Distance séparant les malades d'un secours

Etant donné la diversité des lieux de séjour des malades nous avons dressé un tableau complet de leur situation par rapport aux différents organismes de secours dont ils peuvent avoir besoin. Les distances en kilomètres n'étant pas toujours le reflet de la rapidité des secours, nous avons indiqué entre parenthèses, dans certains cas, le temps nécessaire pour accomplir le trajet en voiture.

A la lecture de ce tableau nous noterons que tous les malades disposent d'un téléphone à proximité de chez eux (sept à domicile).

L'ambulance pouvant au besoin les transporter vers un centre médical est à faible distance (inférieure à 18 km).

Ils peuvent trouver un médecin à moins de 12 km et donc recevoir les premiers soins en moins d'un quart d'heure.

L'hôpital se situe à moins de 30 km.

Les centres d'assistance respiratoire sont à des distances très variables. Le plus long trajet est de 4 heures.

La vie des malades depuis leur retour

— L'environnement des malades, le cadre de vie, les contacts humains qu'ils contractent à leur retour sont des éléments capitaux de succès. Nous avons donc procédé à une étude de l'*habitat*.

Notre questionnaire comprenant un chapitre relatif à la surface de l'appartement ou de la villa occupée par le malade. Seuls 25 malades ont répondu : il en résulte qu'en moyenne l'habitation est de 4 ou 5 pièces, quelquefois de deux pièces seulement. Dix-sept d'entre eux peuvent prendre des bains chez eux.

— Nombre d'adultes vivant avec eux :

Dix-huit malades sont mariés ; deux sont veufs.

Quinze seulement ont des enfants.

Cinq de ces mariés doivent vivre avec leurs parents.

DISTANCE : domicile du malade - organismes de secours
— évaluée en kilomètres
— entre parenthèses le trajet en minutes

Cas	Téléphone	Taxi ambulance	Aide médicale	Médecin	Hôpital	Centre d'ass. resp.
1	0	0,2	0,5	3	20 (30)	20 (30)
2	0,1	6 (6)	11 (11)	6 (6)	18 (20)	150 (135)
3	0,2	3	1	2	1	60
4	0			3	5	100
5	0	6 (15)	6 (15)	6 (15)	6 (15)	100 (150)
6	0	2 (5)	2 (5)	2 (5)	30 (30)	30 (30)
7	0,5	10 (15)		10 (15)	15 (30)	60 (60)
8	0,05	5 (10)	5 (10)	5 (10)	5 (10)	5 (10)
9	0,01	0,1	0,15	0,02	0,1	(150)
10						(15)
11	0,2	2	2	1	3	200 (240)
12	0,02	18 (20)	14 (15)	7 (10)	18 (20)	45 (60)
13	0	3 (20)	1,5 (10)	1 (10)	2 (15)	2 (15)
14			habite Lyon	Croix-Rousse		(5)
15			habite Lyon (2)			(15)
16	0	3	0,1	0,1	5 (30)	110 (90)
17	(10)	(10)	(10)	(10)	(10)	110 (90)
18	0,200	2	0,3	2	25 (40)	25 (40)
19					10	160 (180)
20					20 (60)	20 (60)
21			habite Le Puy			110 (120)
22	0				(30)	(30)
23	0,03	0,2		0,2	(15)	(15)
24	0,01	0,01		0,01	0,01	260 (210)
25	1 (3)	2 (6)		1,5 (3)	10 (15)	10 (15)
26	0,8	4 (10)		4 (10)	8 (15)	34 (60)
27	0,1				4 (10)	4 (10)
28	(10)				(15)	(15)
29			habite Lyon			

Une femme (bien que mariée, cas n° 9) vit seule avec son très jeune enfant.

Ainsi au total :

12 malades vivent avec un adulte
6 avec deux
7 avec trois
1 avec quatre

Ces résultats nous montrent que dans l'ensemble l'entourage est suffisant, sans être excessif.

— Modifications familiales depuis leur retour :

Le retour à domicile a permis parfois des modifications familiales heureuses. On note ainsi :

- trois mariages dont deux contractés à l'hôpital (obs. n°s 1, 13, 24) ;
- la possibilité pour une femme (obs. n° 9) d'élever un enfant.

Dans certains cas, au contraire, ce retour a posé des problèmes familiaux importants :

- *Mme Augustine M...* a dû faire venir chez elle sa fille et son gendre (obs. n° 15).
- *M. Raymond B...*, son fils ne pouvant s'occuper de lui, doit vivre chez sa sœur (obs. n° 20).
- *Le mari de Mme Lucienne V...* a dû prendre sa retraite pour s'occuper de sa femme.
- Les difficultés majeures sont représentées sans doute par les soins constants que nécessitent de tels malades et la présence, quasi-permanente de personnes attachées à leurs services, s'impose.

A qui s'adressent-ils ?

La majorité (82 %) a tout naturellement recours à un membre de la famille (dont trois infirmières) mais reçoit en plus l'aide d'une personne bénévole (8 %) ou d'une tierce personne (13 %).

Peu se contentent de la tierce personne seule (7 %).

Quelques autres n'ont plus besoin d'aide.

Quatre malades rémunèrent eux-mêmes la tierce personne, alors que les organismes payeurs accordent une subvention à six d'entre eux.

— Occupations des malades.

Comment occupent-ils leurs journées en dehors des heures de soins ? Certains ont repris une activité normale et même salariée, compatible avec leur état respiratoire et périphérique.

Il en est ainsi de Mme Janine E... (obs. 21), myasthénique, professeur au Centre national par correspondance. Son travail nécessite trois déplacements par an à Paris. Elle voyage seule par le train.

M. Pierre J..., (obs. n° 22), scléro-emphysémateux, est employé de bureau.

Trois femmes s'occupent normalement de leur foyer et exercent leur activité de mère de famille (obs. n°s 23, 26, 12) (emphysémateuse, hématomyélique, poliomyélitique).

Trois malades poliomyélitiques (obs. n°s 1, 19, 4), ont entrepris des études (langue, comptabilité et études secondaires).

Quant aux distractions, elles se répartissent naturellement entre radiodiffusion, télévision, lecture et sorties, suivant leurs goûts, leurs possibilités et leur âge.

- 18 malades possèdent à la fois radio et télévision
- 5 ne possèdent que la télévision
- 5 autres n'ont que la radio

Tous lisent journaux ou livres. Un seul se plaint de ne pouvoir le faire, son organisme payeur (le Ministère des Anciens Combattants) ne lui ayant pas fourni d'appareil de lecture. Les sorties sont plus ou moins importantes suivant les malades et leur permettent d'élargir leur contact avec le monde extérieur. Elles sont fonction de leur durée d'autonomie et de leur déficit moteur périphérique.

On compte 13 voitures personnelles dont 6 aménagées spécialement.

Cinq ont accompli de longs voyages :

— le jeune Raphaël A... (obs. n° 10), quadriplégique, 8 h. sous ventilation assistée, passe ses vacances tous les ans dans la presqu'île de Giens. Il s'y rend en train et en ambulance.

— *Mme Lucienne V...* (obs. n° 26), insuffisante respiratoire chronique, a passé quatre mois de l'hiver 1964 dans le sud de la France.

— *Mme Monique B...* (obs. n° 2), quadriplégique, 8 h. de ventilation assistée, poliomyélitique, un mois dans le Var en 1964.

— *Mlle B...* (obs. n° 16), poliomyélitique, quadriplégique, prend des vacances avec ses parents en Provence et dans les Pyrénées Orientales.

— *M. Jean L...* (obs. n° 13), poliomyélitique, quadriplégique, 12 h. de ventilation assistée a visité la Suisse et la Provence.

Rappelons également que *Mme Janine E...* mène une vie normale et que son métier lui impose trois voyages par an.

Neuf malades se promènent en voiture dans un rayon de 100 km. de leur domicile. Dans ces limites ils se dispensent encore d'emporter leurs appareils (obs. n° 1, 8, 11, 17, 18, 22, 23, 24, 27).

Les malades sont unanimes à dire que leur retour à domicile s'est effectué dans de bonnes conditions. Tous sont satisfaits de leur situation actuelle. Dix-neuf d'entre eux ont commencé par un ou plusieurs retours temporaires afin de s'assurer qu'ils pourraient s'adapter, ainsi que leur famille à leur nouvelle vie. Le nombre de ces retours s'élève à plus de 43. Il correspond à 1200 jours passés chez eux dans les mêmes conditions qu'ultérieurement. Ainsi il leur a été donné de connaître les difficultés et les avantages qu'entraînerait leur sortie du Centre d'Assistance Respiratoire. Ces « permissions » en dehors de l'hôpital ont eu aussi l'intérêt de montrer aux médecins quel en était le retentissement sur leur état de santé physique et moral. Elles ont amené une conclusion positive, autorisant le retour définitif. Les essais temporaires devraient être la règle avant le retour définitif.

Cependant onze malades n'ont pas été soumis à ce test :

— deux d'entre eux ont tenté un essai mais celui-ci leur a paru d'emblée si convaincant qu'ils ne sont pas revenus à l'hôpital !

— un malade est parti sur sa demande,

— les huit autres se trouvaient dans des conditions particulières :

● habitant trop loin du Centre d'Assistance Respiratoire où ils étaient hospitalisés, il ne leur a pas été possible de tenter un essai et leur départ a été d'emblée définitif.

● d'autres au contraire, voisins d'un Centre, nous ont quitté sans difficultés, sachant qu'un retour rapide à l'hôpital était possible en cas de besoin.

Sur les vingt-neuf malades interrogés, vingt-huit considèrent qu'au stade où ils en sont, les conditions de vie leur sont plus favorables à domicile qu'à l'hôpital. Le vingt-neuvième (obs. n° 20) a donné une réponse évasive, sans opinion, constatant seulement qu'il était « bien soigné à l'hôpital ». Cette position s'explique par l'âge du sujet (69 ans), par le décès de sa femme peu avant sa maladie, par les conditions familiales dans lesquelles il vit chez sa sœur.

Avec le recul du temps ils peuvent maintenant préciser les éléments favorables et les inconvénients de leur situation. Six n'ont pas d'opinion et vingt-deux ont essayé de nous traduire en quelques mots ces avantages :

« la vie familiale » (12 cas)

« une vie normale » (6 cas)

« la liberté » (3)

« meilleure ambiance » (3)

« bon moral » (2)

« vie plus humaine » (1)

Les inconvénients : neuf malades seulement en parlent.

— Ils regrettent le travail supplémentaire qu'ils infligent à leur entourage (9 cas).

— *Mlle Monique B...-G...* trouve que les dépenses occasionnées à ses parents lors de son installation ont été trop lourdes.

— *M. Marcel M...* (cas n° 6), se plaint des « difficultés de voir réaliser tous ses désirs ».

Sentiment des malades vis-à-vis d'une éventuelle réhospitalisation

Ces malades ont passé en tout 638 mois à l'hôpital, soit en moyenne 21 mois par malade. Si nous considérons maintenant le temps passé à domicile depuis leur retour définitif, certains avec ventilation assistée, d'autres avec une canule permanente simplement, nous trouvons 547 mois (soit une moyenne de 15 mois par malade).

Il ne semble pas qu'une hospitalisation prolongée durant ce même laps de temps, eût modifié favorablement leur état de santé actuel. Bien au contraire si l'on en juge d'après les dires des malades.

Nous leur avons posé la question :

« Si vous deviez de nouveau choisir entre l'hôpital et votre domicile, que choisiriez-vous ? »

— 22 repartiraient définitivement chez eux,

— 2 estiment que l'hôpital n'est nécessaire que durant la phase aiguë (cas n° 22, 23),

— 4 bien que se disant heureux chez eux, choisiraient l'hôpital. Parmi eux on trouve :

● deux femmes (obs. 9 et 26) — mais leurs réponses sont semble-t-il une marque de reconnaissance pour les soins reçus.

● un homme âgé (obs. n° 20) dont nous avons déjà expliqué les difficultés de réadaptation depuis la mort de sa femme.

● un enfant de 7 ans (obs. n° 25) qui doit se faire traiter régulièrement pour une agammaglobulinémie. La réponse est donnée par les parents.

Ces malades sont donc rentrés chez eux dans de bonnes conditions médicales et familiales. Mais il est certain qu'ils gagneraient à se rendre régulièrement au Centre d'Assistance Respiratoire pour une plus étroite surveillance. Nous leur avons donc demandé s'ils consentiraient à être réhospitalisés en certaines circonstances :

— 22 l'accepteraient en cas de maladie

— 2 s'y résigneraient en cas de « nécessité absolue »

— 3 se refusent à envisager cette éventualité

Le nombre diminue encore lorsqu'on leur propose une réhospitalisation pour bilan de santé :

— 15 seulement se plieraient à cette surveillance médicale, soit 1 sur 2.

L'énumération de ces résultats, nous montre donc que les malades ayant quitté l'hôpital n'envisagent pas d'y revenir en permanence.

Une éducation préalable serait donc indispensable pour attirer leur attention sur l'importance de bilans, cliniques, radiologiques et biologiques réguliers favorables à la bonne progression de leur récupération fonctionnelle.

Les organismes payeurs pourraient peut-être conditionner leur aide à ces formalités médicales. Le problème est important et ne semble pas avoir de solutions immédiates.

Les améliorations souhaitées

Les malades souhaitent deux sortes d'amélioration à leur situation.

1° UNE AMELIORATION MATERIELLE :

— la tierce personne chez la plupart de ceux qui ne bénéficient pas de cette aide,

— une augmentation de pension.

2° UNE AMELIORATION MEDICALE : tous espèrent une récupération fonctionnelle plus grande.

En conclusion : les malades sont heureux de rentrer « chez eux », même s'ils n'ont pas récupéré un état de santé parfait. Dans l'ensemble tous ont retrouvé une certaine activité qui contraste avec la vie passive de l'hôpital. Ils ont repris une place dans leur famille et donc dans la société. Mais leur nouvelle vie ne va pas sans un retentissement sur leur vie familiale, sans difficultés matérielles, que tous semblent malgré tout préférer à leur retour permanent à l'hôpital. Dans une étude du retour à domicile de deux cents poliomyélitiques insuffisants respiratoires, les Américains ont déjà insisté sur l'importance des facteurs psychologiques et sociaux.

CHAPITRE V

CONDITIONS AU RETOUR DEFINITIF A DOMICILE

RECU DE NOS OBSERVATIONS

<i>Temps passé à domicile</i>		0-1 an	1-2 ans	2-3 ans	3-4 ans	> 4 ans
Poliomyélite .	17	3	6	4	2	2
Myasthénie ..	3		2		1	
Insuffisance respiratoire chronique .	5	1	2	1		1
Divers	5	2	2	1		
Total	30	6	12	6	3	3

A la suite de cette étude nous allons essayer d'établir les conditions nécessaires à un retour définitif à domicile, d'autant que nous disposons maintenant d'un recul suffisant pour affirmer que ce retour est possible (cf. tableau).

Il est difficile d'admettre que les malades dont l'état nécessite une ventilation ou même simplement une canule permanente, soient obligés de vivre la fin de leurs jours à l'hôpital. Cette éventualité est d'autant plus impensable que l'on connaît les résultats obtenus chez ceux qui ont retrouvé la chaleur familiale, une occupation, une vie sub-normale dans la société. Les centres spécialisés actuels ne pourraient d'ailleurs répondre aux besoins d'un si grand nombre de malades chroniques et sur le plan financier les charges imposées à la société ou à la famille n'en sont pas augmentées. Il faut

rappeler en effet le prix d'hospitalisation très élevé (avoisinant 200 F. par jour dans certains services spécialisés, tandis que la vie à domicile compte tenu du personnel — infirmière, kinésithérapeute, tierce personne — qu'il faut rémunérer s'avère moins onéreuse. La différence entre le prix de journée hospitalier et le prix de revient global quotidien à domicile amortit à la longue l'achat de l'appareillage pourtant fort coûteux.

Il faut donc encourager pour le bien des malades et le bien général un retour à domicile de malades chroniques chaque fois qu'il est possible. Ces départs ne doivent pas être imposés ou décidés arbitrairement mais plutôt basés sur un certain nombre de critères.

1° Nous pensons que le retour doit être demandé et espéré en premier lieu par le malade. Durant son hospitalisation, cet espoir l'aidera d'ailleurs en lui donnant la volonté de récupérer un état fonctionnel suffisant. Une fois son état stabilisé, il lui permettra d'envisager sa vie future : le désir de revenir au foyer familial effaçant les difficultés entrevues.

2° Le rôle joué par la famille est également primordial. Elle doit être consentante, favorable à ce retour, pour créer le climat moral indispensable au malade. De lourds sacrifices peuvent lui incomber, sacrifices qu'elle devra savoir cacher à l'handicapé physique. Courage et patience seront les qualités impérieuses requises.

3° Ces deux premiers impératifs satisfaits, c'est au médecin traitant de juger de la possibilité du retour à domicile. La phase aiguë est lointaine, la stabilisation est assurée, le malade est familiarisé avec ses soins, il est apte à les poursuivre seul, à guider même son entourage.

4° L'état de ces malades réclame un certain confort et des ressources suffisantes, fournies par la famille ou par des organismes sociaux. Le lieu d'habitation doit se prêter à l'installation d'appareils de ventilation assistée, souvent des travaux de transformations devront être entrepris, tels le remplacement des escaliers par des plans inclinés pour permettre la descente des voitures par exemple.

5° L'achat des appareils pose des problèmes parfois difficiles en raison de leur coût élevé. Il existe trois possibilités :

a) *l'achat personnel* : peu de malades peuvent l'envisager et cette éventualité ne deviendra probablement jamais la règle générale.

b) *l'achat par un organisme payeur* : Sécurité Sociale, Mutuelle Générale de l'Education Nationale, Ministère des Anciens Combattants et Victimes de Guerre, etc... Encore faut-il une bonne entente, des contacts réguliers et une confiance réciproque entre ces différents organismes et les centres d'Assistance Respiratoire.

c) *un prêt de l'Association Lyonnaise* de la lutte contre la poliomyélite. Cette belle œuvre créée par le Professeur P. Sedallian ne peut cependant venir en aide directement aux malades, mais elle est leur intermédiaire auprès des organismes payeurs.

Ces appareils acquis, leur fonctionnement nécessitera l'éducation de la famille, de la tierce personne et du malade. Des appareils de suppléance doivent être prévus.

6° La surveillance médicale ne doit pas être relâchée ou négligée. D'où la nécessité pour le malade, d'être suivi par un médecin connaissant l'histoire de l'affection : médecin de famille ou médecin du centre d'assistance respiratoire. Les soins seront donnés par une infirmière ou un kinésithérapeute habitant non loin de chez eux.

Une autre condition est impérieuse, c'est la proximité des secours et la possibilité de transport rapide à tout moment dans un centre spécialisé.

7° L'éducation du malade devrait être suffisante pour qu'il comprenne la nécessité de sa réhospitalisation dès la moindre alerte, mais aussi pour des bilans médicaux réguliers qui permettront de suivre l'évolution, de diriger le traitement et parfois de prévoir à temps la survenue de complications redoutables, telles que la décompensation brutale d'une acido-se respiratoire latente bien compensée et méconnue.

Malheureusement ces nombreuses conditions ne sont pas toujours remplies. Le plus souvent ce sont les conditions sociales de la famille, l'insuffisance de ses ressources, l'exiguïté du logement, l'éloignement d'un centre de secours, l'importance des séquelles motrices du malade, qui rendent impossible son retour définitif dans son foyer. Il est alors condamné à passer encore de nombreux mois ou des années dans un centre hospitalier et c'est pour adoucir cette longue hospitalisation que sont alors envisagés des retours temporaires plus facilement réalisables.

Une quarantaine de malades a déjà bénéficié de cette mesure ; ce qui fait un total de plus de deux cents « permissions » hors de l'hôpital car dans l'ensemble ils en ont usé plusieurs fois. Plus de la moitié de ces insuffisants respiratoires sont encore sous ventilation assistée (un tiers pour une durée supérieure à 12 h. par jour). Les autres n'ont qu'une canule permanente.

Le matériel nécessaire est fourni par l'Association Lyonnaise pour la lutte contre la poliomyélite et la durée, la fréquence de ces retours sont variables, de même que l'éloignement par rapport au centre respiratoire de traitement habituel.

C'est ainsi que des malades partent simplement à l'occasion d'un week-end, tandis que d'autres rentrent chez eux pour plusieurs semaines ou plusieurs mois. Habituellement ces retours se font à la période des vacances, notamment pour les enfants qui sont en âge scolaire et fréquentent l'école ouverte à la clinique des maladies infectieuses. Et si certains ne quittent pas l'agglomération lyonnaise, d'autres quadriplégiques et insuffisants respiratoires ont bénéficié de ces possibilités de sortie pour se rendre, par exemple, à Lourdes plusieurs années consécutives, retrouvant pour quelques jours un monde dont ils se croyaient définitivement exclus, puisant dans la chaleur et l'affection d'un foyer la force d'attendre et d'espérer encore la guérison.

Ainsi depuis plus de quatre ans, des insuffisants respiratoires appareillés quittent les centres d'assistance respiratoire de la clinique des maladies infectieuses de l'hôpital de la Croix-Rousse (service du Professeur Bertoye) et de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes (Service du Médecin Commandant Giroud) pour rejoindre leur domicile, de façon permanente ou de manière temporaire lorsque ce retour définitif est impossible.

L'expérience de ces trente premiers malades rentrés définitivement chez eux est un succès, tant sur le plan médical que sur le plan humain. Elle a montré à la satisfaction de tous que des techniques d'assistance respiratoire au long cours, bien que compliquées pouvaient, la phase aiguë de détresse respiratoire passée, s'appliquer sans trop de difficultés à domicile.

Certes, ces retours se heurtent parfois à de nombreux obstacles, mais la bonne volonté de tous ceux à qui il est fait appel ; la persévérance de certains et l'attitude profondément humaine des différents grands organismes sociaux, permettent de les franchir. Ainsi, en même temps qu'est évité l'encombrement de services spécialisés par des malades chroniques, redonne-t-on à ces derniers une partie de la joie de vivre que, malgré tous les efforts déployés, ils ne pourraient trouver à l'hôpital.

Il n'y a pas meilleure récompense pour tous ceux qui participent à cette œuvre, ni plus grande raison de persévérer.

CONCLUSIONS

I. — Notre étude du retour définitif à domicile des insuffisants respiratoires appareillés porte sur trente malades (14 hommes, 14 femmes et 2 enfants) provenant de la clinique des maladies infectieuses (Centre Paul-Sédallian) à l'hôpital de la Croix-Rousse et du Service d'Assistance Respiratoire de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes à Lyon. La poliomyélite vient en tête des causes étiologiques (17 cas) suivie par les grandes insuffisances respiratoires chroniques (5 cas) du type scléro-emphysème, et par diverses affections neurologiques dont la myasthénie (3 cas) est la plus importante. Les séquelles respiratoires ou motrices que conservent ces malades sont souvent considérables, surtout lorsqu'il s'agit de malades poliomyélitiques, quadriplégiques et ne disposant que d'une autonomie respiratoire quotidienne très réduite.

II. — Dix malades ne conservent qu'une canule de sécurité. Seize malades nécessitent une ventilation assistée quotidienne de durée variable, de 4 à 24 heures. La prothèse respiratoire est le plus souvent un respirateur à disque du type Vincent Jandot nécessitant pour son fonctionnement, soit de l'oxygène comprimé en obus, soit un compresseur à air, et une source d'énergie électrique (batterie ou courant du secteur). Mais d'autres respirateurs peuvent également être employés. L'installation à domicile nécessite en outre un aspirateur endotrachéal, un appareil de secours à fonctionnement manuel (type Ambu ou Ranima) et éventuellement un minimum d'équipement de kinésithérapie (fauteuil roulant, lève-malade, cadre de marche).

III. — La surveillance et les soins à domicile doivent être assurés par un médecin averti des complications à redouter. Le simple examen clinique est le plus souvent seul possible, mais en général suffisant, pour s'assurer d'un bon état respiratoire et permettre la prévention d'accidents graves. Il est indispensable lorsque les séquelles sont sévères que le malade puisse bénéficier de l'aide d'un kinésithérapeute et d'une infirmière à temps complet ou partiel, et qu'en cas de complications il puisse être très rapidement rehospitalisé dans un service spécialisé. Ces retours définitifs doivent d'ailleurs être précédés à titre d'essai par un ou plusieurs retours temporaires, et il est souhaitable que des rehospitalisations systématiques pour bilan dans un centre d'assistance respiratoire soient pratiquées au moins une fois par an.

IV. — L'achat, l'entretien, le renouvellement de ces appareils coûteux — (une installation complète du type le plus courant, revient environ à 10.000 francs) — et la rémunération du personnel soignant ne peuvent habituellement pas être à la charge du malade ou de sa famille. Ces retours à domicile ne sont donc possible qu'avec l'aide des différents organismes sociaux (Sécurité Sociale, Ministère des Anciens Combattants, Mutuelle Générale de l'Education Nationale, Assistance Médicale Départementale, Hospices Civils de Lyon, Association Lyonnaise pour la lutte contre la poliomyélite, etc...) qui ont toujours apporté une contribution considérable à cette œuvre.

V. — Nous disposons maintenant d'un recul suffisant (plus de deux ans pour douze malades) pour juger cette expérience. Non seulement les retours définitifs à domicile sont possibles si on respecte les conditions que nous avons posées, mais ils reviennent financièrement moins chers qu'une hospitalisation définitive. Ils permettent d'éviter la surcharge des services spécialisés et surtout ils apportent au malade un bénéfice considérable sur le plan affectif, social et humain, qui

à lui seul est une justification de cette tentative. Si les conditions à un retour définitif ne sont pas réunies, des retours temporaires sont pratiquement toujours réalisables grâce à l'aide apportée par l'Association Lyonnaise pour la lutte contre la poliomyélite, fondée par le Professeur P. Sedallian.

Vu :

*Le Doyen,
Pour le Doyen,
l'Assesseur ;
M. LEVRAT.*

Vu :

*Le Président de la Thèse,
BERTOYE.*

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 22 Juin 1965.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

- BERTOYE A. — « Le retour à domicile des malades en assistance respiratoire » (nuit du Caducée 1955).
- BERTOYE A., GARIN J.-P., VINCENT P., GIROUD M., MONIER P., HUMBERT G. — Le retour à domicile des insuffisants respiratoires chroniques appareillés. (A paraître à *Lyon Médical*).
- GARIN J.-P., JEUNE M., BERTOYE A., VINCENT P. — Le retour à domicile des anciens poliomyélitiques en état d'insuffisance respiratoire chronique (réalisations de l'Association Lyonnaise pour la lutte contre la poliomyélite).
— Europe An. Ass. Against Poliomyelites and allied diseases VIII Symposium. Prague, 23-6, sept. 1962 (255-265).
- GOULON M., RAPIN M., BAROIS A., RIVAILLE C., HENNETIER G. — Journées de réanimation neuro-respiratoire - Hôpital Claude Bernard (service du Professeur P. Mollaret), 2-3 octobre 1964. — Problèmes cliniques posés par la ventilation artificielle prolongée. Chapitre 7, p. 39-48.
- GUNYON M., HARRISON M.-D., MAURINE B., MITCHELL B.-A., MSYS. — (Houston Texas) Medical and Social outcome of 200 Respiratory and Former respirator patients on home care. (Third int. cong. of Phys. Med. Washington D.C. U.S.A. August 21-26-1960).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
<i>Chapitre premier. — Observations</i>	15
<i>Chapitre II. :</i>	
Etude générale des observations	53
Etiologies	53
Bilan respiratoire	53
Bilan périphérique	55
Maladies intercurrentes	56
Surveillance médicale	56
<i>Chapitre III :</i>	
Etude des appareils	59
Type d'appareil	59
Moyen de les acquérir	61
Fonctionnement	61
Dépenses	62
Relations des malades avec les organismes payeurs ..	62
<i>Chapitre IV :</i>	
La vie du malade dans son cadre social	65
Ressources	65
Transport à domicile	65
Distance les séparant d'un secours	66
Leur vie depuis leur retour	66
Leur sentiment vis-à-vis d'une éventuelle réhospita- lisation	72
Améliorations souhaitées	73
<i>Chapitre V :</i>	
Conditions au retour définitif à domicile	75
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	83

